

Univerzita Karlova

1. Lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní odbor: Adiktologie

ID studijního oboru: N5345 pro navazující magisterské studium



Vladimír Stanislav

**Monitorovanie, hodnotenie a výskum efektívnosti alkoholovej
liečby závislosti na medzinárodnej úrovni, s európskou
pridanou hodnotou.**

Monitoring, Evaluation and Research on Effectiveness of Alcohol Treatment
on an International Level with European Added Value.

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:
Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., EMPH

Praha, 2017

POĎAKOVANIE

Ďakujem Doc. MUDr. PhDr. Kamilovi Kalinovi, CSc., EMPH, ktorý veril, že napísať prácu na danú tému je zmysluplné. Ďakujem za čas, ktorý venoval diskusiám, za konštruktívne návrhy a odborné vedenie. To všetko mi pomohlo pri rozpracovaní textu.

PREHLÁSENIE

Prehlasujem, že som diplomovú prácu spracoval samostatne a že som uviedol všetky použité informačné zdroje. Súčasne prehlasujem, že práca nebola využitá k získaniu iného alebo rovnakého titulu.

Súhlasím s trvalým uložením elektronickej verzie mojej práce v databáze systému medziuniverzitného projektu Theses.cz za účelom sústavnej kontroly podobnosti kvalifikačných prác.

V Prahe, dňa 16.mája.2017

.....

IDENTIFIKAČNÝ ZÁZNAM

STANISLAV, Vladimír. Monitorovanie, hodnotenie a výskum efektívnosti alkoholovej liečby závislosti na medzinárodnej úrovni, s európskou pridanou hodnotou. [Monitoring, Evaluation and Research on Effectiveness of Alcohol Treatment on an International Level with European Added Value.]. Praha, 2017. 133 s., 37 príloh, 4 tabuľky, 1 obrázok, 18 grafov. Diplomová práca. Univerzita Karlova, 1. lekárska fakulta, Klinika adiktologie. Vedúci práce. Doc. MUDr. PhDr. Kalina, Kamil, CSc.

ABSTRAKT

Východiska: Poruchy spojené s užívaním alkoholu patria medzi desať hlavných príčin stratených rokov z dôvodu zdravotného postihnutia v krajinách s vysokými príjmami. Poľsko, Česká republika a Slovenská republika sú krajinami s vysokou spotrebou alkoholu. Špecifický ústavný psychoterapeutický program je základným liečebným prístupom u pacientov trpiacich závislosťou od alkoholu. Teória zmeny predpokladá, že terapeutické prístupy by mali byť prispôsobené štádiu zmeny, v ktorej sa pacient nachádza. Cieľ: Preskúmať stav pripravenosti zmeny na začiatku a konci krátkej hospitalizácie (šesť týždňov) a dlhej (12 týždňov) v terapeutickom programe v Slovenskej republike, Poľsku a Českej republike. Porovnať pripravenosť na zmenu s náhľadom a motiváciou. Zistiť pokrok, či sa pacienti menia a ako sa pacienti menia v liečbe od alkoholu. Metódy: Na základe medzinárodnej štatistickej klasifikácie chorôb a súvisiacich zdravotných problémov - 10. revízia (ICD-10), Svetovej zdravotníckej organizácie (1992) sa skúmalo celkovo 380 hospitalizovaných pacientov (282 mužov a 98 žien). Test identifikácie porúch spojených s užívaním alkoholu (AUDIT), pripravenosť na zmenu a mieru ochoty pri liečbe (SOCRATES), dotazník pripravenosti na zmenu (RCQ) a demografický dotazník. Všetky analýzy boli vypočítané pomocou SPSS (Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS 16.0) pre Windows) Rozdiely medzi skóre boli merané pomocou parametrických alebo neparametrických nepárových t-testov na jednosmernej skúške ANOVA alebo Kruskal-Wallis. Výsledky: Slobodní pacienti, ktorým bol meraný AUDIT, deklarujú vyššiu závislosť od alkoholu ako ženatí alebo rozvedení pacienti. Väčšina pacientov je v štádiu akcie (68,5%) alebo prípravy (26,3%) podľa RCQ na začiatku liečby. Pripravenosť na zmenu bola vyššia na konci terapeutických programov, pokiaľ ide o konkrétne kroky u ženatých pacientov. Pripravenosť na zmenu bola na konci vyššia v zmysle znižovania ambivalencie u slobodných pacientov. Zaujímavé je, že výsledky v šiestich týždňov liečby sa zdajú byť o niečo lepšie ako v 12 týždňovej liečbe. Závěry: Zámer a motivácia k liečbe od alkoholu sa zmenili počas terapeutických programov. Rodinný stav môže zvýšiť aktívnu zložku kvôli pripravenosti na zmenu, zatiaľ čo pasívna zložka (zníženie ambivalencie) je pozorovaná u slobodných pacientov. Korelácia s rekogníciou upozorňuje na potrebu viac sa venovať tým jedincom, ktorí nevnímajú svoje pitie ako neprimerané, problémové a neboli motivovaní k liečbe z vnútorných alebo vonkajších dôvodov. Navrhujeme aplikovať do praxe zvýšenie ich uvedomenia a potom terapeuticky pracovať na konkrétnych krokoch.

Kľúčové slová: Závislosť od alkoholu , Terapia alkoholizmu , Liečba , Teória zmien .

ABSTRACT

Background: Alcohol use disorders belong among the ten leading causes of Years Lost due to Disability in high-income countries. Poland, Czech Republic, and the Slovak Republic are countries with high alcohol consumption. The specific inpatient psychotherapeutic program is basic treatment approach in patients suffering from alcohol dependency. The theory of change assumes that therapeutic approaches should be adapted to the stage of change in which the patient actually is.

Aim: To examine the state of readiness to change at the beginning and the end of inpatient short (six weeks) and long (12 weeks) therapeutic program in Slovak Republic, Poland, and the Czech Republic. To compare readiness to change with insight and motivation. To find, whether patients change and how patients change advances in alcohol treatment.

Methods: Total 380 alcohol dependent inpatients (282 men and 98 women) were examined using International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems- 10th Revision (ICD- 10), World Health Organization (1992). Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES), Readiness to Change Questionnaire (RCQ), and Demographic Questionnaire. All analyses were calculated using the SPSS (Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS 16.0) for Windows. Differences between scores were measured by parametric or nonparametric unpaired t-tests on the one-way ANOVA or Kruskal-Wallis test. The chi-square tests were used for the categorical variables.

Results: Measured by AUDIT, single patients declare a higher severity of alcohol dependence than married or divorced patients. The majority of patients is at the stage of action (68.5%) or preparation (26.3%) according to RCQ at the beginning of the treatment. Readiness to Change was higher at the end of programs in the terms of Taking steps in married patients. Readiness to Change was higher at the end in the terms of decreasing of Ambivalence in single patients. Interestingly, the results of the six weeks treatment appear to be slightly better than 12 weeks treatment.

Conclusions: The intention and motivation to alcohol treatment changed during therapeutic programs. Marital status may increase the active component for readiness to change, while passive component (decreasing the ambivalence) is observed in the single. Correlation with the Recognizer draws attention to the need to focus more on individuals who do not perceive their drinking as disproportionate, problematic and not motivated to treatment for internal or external reasons. We propose to put into practice increasing their awareness and then therapeutically working on concrete steps.

Keywords: Alcohol dependence / Alcohol Therapy / Treatment/ Theory of Change/

OBSAH

Úvod	11
Teoretická časť	11
I. časť Závislosť, liečba a psychoterapia.....	13
1. Závislosť	13
1.1 Závislosť od alkoholu podľa MKCH – 10	13
1.2 Teórie závislosti.....	15
1.3 Bio-psycho-sociálny model	15
2. Prístupy používané pri liečbe závislostí	18
2.1 Situácia v zahraničí	18
2.1.1 Psychodynamický prístup	19
2.1.2 Behaviorálny prístup	20
2.1.3 Kognitívny prístup	22
2.1.4 Kognitívne behaviorálna terapia	26
2.1.5 Špecifické terapeutické prístupy používané pri liečbe závislostí	27
2.1.6 Posilňovanie motivácie	28
2.2 Charakteristika z pohľadu systému a štruktúry liečby závislosti v ČR	29
2.2.1 Význam režimovej liečby pre liečbu závislostí	30
2.3 Charakteristika z pohľadu systému a štruktúry liečby závislosti v PL.....	33
2.4 Charakteristika z pohľadu systému a štruktúry liečby závislosti v SR	40
3. Psychoterapia	43
3.1 Fáze zmeny v psychoterapii	43
3.2 Premenné na strane klienta a efekt psychoterapie	45
3.3 Meranie efektu psychoterapie	46
4. Psychoterapia a liečba závislosti	47
4.1 Rola psychoterapie v liečbe závislostí	47
4.2 Výskumy liečby závislostí	48
4.2.1 Výsledky liečby závislostí vo svete	49
4.2.2 Výsledky liečby závislostí v ČR.....	51
4.2.3 Ďalšie výskumy v ČR a na Slovensku v oblasti závislostí.....	52

2. časť Výskumná časť.....	54
1. Cieľ výskumu a formulácia výskumných otázok	54
1.1 Etika výskumnej práce.....	54
1.1.1 Autorská etika.....	54
1.1.2 Dodržiavanie etických noriem na jednotlivých pracoviskách.....	55
1.1.3 Anonymita osobných údajov	55
2. Výskumný súbor	55
3. Proces zberu dát a realizácia výskumu	58
4. Výskumné nástroje	58
4.1 Voľba dotazníkov	58
4.2 Popis dotazníkov	59
4.2.1 AUDIT	59
4.2.2 SCL - 90	60
4.2.3 RCQ	60
4.2.4 SOCRATES	60
5. Spôsob a metódy spracovania dát	61
6. Výsledky a zhrnutie podľa jednotlivých dotazníkov	62
7. Zhrnutie	84
8. Diskusia	86
8.1 Diskusia výskumných otázok	86
8.2 Limity výskumu	91
9. Záver	92
10. Literatúra	93
11. Prílohy	97

ZOZNAM GRAFOV

Graf č.1: Zamestnanie pacientov	56
Graf č.2: Rodinný stav v súbore pacientov z troch krajín	57
Graf č.3: Podiel pacientov v jednotlivých dimenziách škodlivého pitia p. dotazníka AUDIT	63
Graf č.4: Závažnosť psychopatológie v priebehu liečby	66
Graf č.5: Rozdiely v miere psychopatológie podľa subškál SCL-90 na konci liečby	67
Graf č.6: Profil skóre subškál SCL-90 v rôznych fázach liečby	68
Graf č.7: Pomer normálnej a klinicky závažnej úrovne somatizácie u pacientov v rôznych fázach liečby	69
Graf č. 8: Pomer normálnej a klinicky závažnej úrovne obsesií a kompulzií u pacientov v rôznych fázach liečby	70
Graf č. 9: Pomer normálnej a klinicky závažnej úrovne interpersonálnej senzitivity u pacientov v rôznych fázach liečby	71
Graf č. 10: Pomer normálnej a klinicky závažnej úrovne depresie u pacientov v rôznych fázach liečby	72
Graf č. 11: Pomer normálnej a klinicky závažnej úrovne anxiety u pacientov v rôznych fázach liečby	73
Graf č. 12: Pomer normálnej a klinicky závažnej úrovne hostility u pacientov v rôznych fázach liečby	74
Graf č. 13: Pomer normálnej a klinicky závažnej úrovne fóbie u pacientov v rôznych fázach liečby	75
Graf č. 14: Pomer normálnej a klinicky závažnej úrovne paranoidnej ideácie u pacientov v rôznych fázach liečby	76
Graf č. 15: Pomer normálnej a klinicky závažnej úrovne psychotizmu u pacientov v rôznych fázach liečby	77
Graf č. 16: Relatívne početnosti pacientov s nízkou, strednou a vysokou mierou rekognície problémov s alkoholom v rôznych fázach liečby	79
Graf č. 17: Relatívne početnosti pacientov s nízkou, strednou a vysokou mierou ambivalencie voči problémom s alkoholom v rôznych fázach liečby	80
Graf č. 18: Relatívne početnosti pacientov s nízkou, strednou a vysokou mierou aktívnych krokov k liečbe v rôznych fázach liečby	81

ZOZNAM OBRÁZKOV A TABULIEK

Obrázok 1. Bio-psycho-sociálny model vzniku závislosti	16
Tab. č. 1: Absolútne a relatívne početnosti pacientov v jednotlivých štádiách zmeny v rôznych fázach liečby (dotazník RCQ)	62
Tab. č. 2: Koeficienty korelačnej analýzy medzi subškálami dotazníka pripravenosti k zmene a skóre v dotazníku AUDIT	64
Tab. č. 3: Koeficienty korelačnej analýzy medzi skóre v dotazníku AUDIT a škálami SCL 90 (N=202)	65
Tab. č. 4: Koeficienty korelačnej analýzy medzi subškálami dotazníkov Socrates, Dotazníka pripravenosti k zmene a skóre dotazníka AUDIT	82

ÚVOD

Závislosť od návykových látok je celosvetový problém. Návyku prepadajú jedinci bez ohľadu na národnosť či rasu, sociálnu situáciu, vzdelanie, vek, pohlavie, či iné faktory. Odborníci uvádzajú, že presný počet ľudí, závislých od návykových látok vo svete nie je známy. Ich celkový počet sa odhaduje na viac ako 50 miliónov ľudí. Počet evidovaných a diagnostikovaných závislých je niekoľkonásobne nižší. Problematika súvisiaca s pitím alkoholu sa sleduje z rôznych aspektov. Odhadujú sa a vyčisľujú napr. finančné náklady a to jednak na samotný alkohol, ale i náklady vzniknuté v dôsledku zneschopenia pre rôzne ochorenia, či úrazy v dôsledku alkoholu. Celosvetové ekonomické náklady v dôsledku psychických zdravotných porúch sa pohybujú v miliardách dolárov. R.1990 WHO uverejnila náklady za medicínske ochorenia na celom svete. Výsledky boli sumarizované v knihe *The Global Burden of Disease*. Veľa ľudí odhaduje, že najvyššie náklady sú spojené s rakovinou a kardiovaskulárnymi chorobami. Omyl. Duševné ochorenia nás stoja omnoho viac, ako iné ochorenia. Predmetom záujmu odborníkov sú aj psychické komplikácie u závislých (psychózy). Poukazuje sa aj na iné celospoločenské dôsledky pitia, akými sú rozvodovosť, trestná činnosť, ale aj sociálna a vývojová prosperita detí z rodín závislých rodičov. Pozornosť púta aj pitie u detí, mladých ľudí, u žien, či u geriatrickej populácie. Menej často sa však stretávame s porovnávaním úspešnosti liečby závislosti v jednotlivých liečebniach a to či už doma alebo v zahraničí. Klinická prax so závislými bola podnetom, ktorý viedol k rozhodnutiu realizovať nasledujúci výskum.

Hlavným cieľom výskumnej časti diplomovej práce bolo porozumenie procesu psychoterapeutickej zmeny v priebehu liečby a to v závislosti od dĺžky liečby a závažnosti stavu pri prijatí (objektívne i subjektívne vnímaného) i iných premenných (pridružená psychiatrická diagnóza, sociálne zázemie, existenciálne hodnoty). V rámci výzvy na podporu programov, iniciatív a aktivít zameraných na účinné a efektívne využívanie zdrojov v oblasti protidrogovej liečby v súlade s Národnou protidrogovou stratégiou Slovenskej republiky na obdobie rokov 2013 – 2020 sa realizovala výskumná štúdia „Monitorovanie, hodnotenie a výskum efektívnosti alkoholovej liečby závislosti na medzinárodnej úrovni, s európskou pridanou hodnotou“, kde sme sa aktívne podieľali na vypracovaní projektu, koordinovali výskum za OLÚP n.o. Predná Hora, vypracovali metódy a metodiky, participovali na zbere dát, štatistickom spracovaní výsledkov

a vypracovali záverečnú správu výskumu, pričom výsledky tejto výskumnej štúdie prezentujeme v tejto diplomovej práci na základe výslovného súhlasu všetkých participujúcich pracovísk.

V teoretickej časti práce sa venujeme vzniku a vývoju závislosti cez bio-psycho-sociálny model. V ďalších kapitolách pojednávame o prístupoch používaných v procese liečby u nás i v zahraničí. V poslednej teoretickej časti sme sa zamerali na psychoterapeutický proces, jeho zmeny a meranie efektu psychoterapie.

V strede našej pozornosti bol monitoring a hodnotenie terapeutických zmien v liečbe závislosti s cieľom prispieť k lepšiemu porozumeniu všetkým aspektom závislostnej problematiky a účinkom jednotlivých opatrení a poskytnúť tak vierohodné, komplexné a na faktoch založené podkladové materiály pre účely zvyšovania efektivity a kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti závislým pacientom v diagnostike a terapii závislostí.

I. časť ZÁVISLOSŤ, LIEČBA, PSYCHOTERAPIA

1. ZÁVISLOSŤ

1.1 Závislosť od alkoholu podľa MKCH – 10

V nasledujúcich podkapitolách sa pokúsime priblížiť problematiku závislosti, s ktorou sa v súčasnosti u ľudí často stretávame, avšak nie vždy na ňu správne a adekvátne reagujeme. Naším cieľom je priblížiť závislosť v jej zákonitých vývojových štádiách a príznakoch, poukázať na možnosti jej rozpoznania a tak včas dokázať uskutočniť diferenciálnu diagnostiku.

Z hľadiska jednotlivca problematiku závislosti na návykových látkach výstižne opisujú Heller a Pecinovská (1996) ako opojenie a slasť. Uvádzajú, že návykové látky svojimi vlastnosťami prinášajú mnohým úľavu, eufóriu, odstránenie bolesti a nepríjemných tlakov, prispievajú k zblíženiu ľudí, pomáhajú pri komunikácii, „rozpúšťajú“ zábrany v sexuálnych kontaktoch. Toto všetko môže návyková látka ponúknuť. Zostáva však na jedincovi, či to prijme ako doplnok k jeho vlastným schopnostiam a možnostiam, alebo ako potrebu, ktorá nahrádza jeho schopnosti a možnosti. Túto situáciu spomínajú autori (Heller, Pecinovská a kol., 1996) označujú pojmom opojenie. Pokiaľ však jedinec siahne po návykovej látke ako po niečom, čo mu nahrádza jeho chýbajúce možnosti a schopnosti, je to cesta mimo jeho možnosti a nie je sa kam vrátiť, ba postupne nie je sa ani prečo vracieť. Tento spôsob vývoja autori označili ako princíp slasti.

Karel Nešpor (1999, 2000, 2006) sa vo svojich publikáciách zmieňuje o tom, že definícia závislosti z hľadiska formálneho je jasná: „Závislosť je to, čo zodpovedá definícii závislosti podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10). Je ale veľmi komplikovaná, čo nie je chyba autora, ale expertov Svetovej zdravotníckej organizácie, ktorí ju vytvorili“ (cit. K. Nešpor, 2000, s. 14).

Syndróm závislosti je skupina fyziologických, behaviorálnych a kognitívnych fenoménov, pričom užívanie nejakej látky alebo triedy látok má u daného jedinca oveľa väčšiu prednosť ako jeho konanie, ktoré si pred tým viac cenil. Centrálnou popisnou charakteristikou syndrómu závislosti je túžba užívať psychoaktívnu látku, alkohol alebo

tabak. Definitívna diagnóza závislosti by sa obvykle mala stanoviť vtedy, ak v priebehu roka došlo k trom alebo viacerým z nasledujúcich javov.

- **silná túžba alebo pocit užiť látku,**
- **ťažkosti v sebaovládaní** pri užití látky, (aj pokiaľ ide o začiatok alebo koniec užívania určitého množstva látky),
- **telesný odvykací stav** – látka je užívaná s úmyslom zmenšiť príznaky vyvolané predchádzajúcim užívaním látky, prípadne dochádza k odvykaciemu stavu, ktorý je typický pre tú ktorú látku; k zmierneniu odvykacieho stavu sa niekedy používa príbuzná látka s podobnými účinkami,
- **tolerancia k účinku látky** – vyžadovanie vyšších dávok látky, aby sa dosiahol účinok pôvodne vyvolaný nižšími dávkami (jasný príklad môžeme nájsť u jedincov závislých na alkohole alebo opiátoch, ktorí môžu brať denne také množstvo látky, ktoré by zneschopnilo alebo usmrtilo užívateľa bez tolerance), pokračovanie v užívaní aj napriek tomu, že sú zjavné dôkazy škodlivých následkov – organické poškodenie, depresívne stavy alebo toxické poškodenie myslenia.

Medzinárodná klasifikácia chorôb (MKCH – 10) špecifikuje 9 psychoaktívnych látok (nedefinuje samotný pojem): alkohol, opioidy (napr. heroín), kanabinoidy (marihuana), sedatíva a hypnotiká (psychofarmaká), kokaín, psychostimulanciá (napr. kofeín, amfetamíny, extáza a iné), halucinogény (napr. LSD, psylocybin obsiahnutý v lyso hlávkach a iné), tabak (nikotín) a organické rozpúšťadlá.

Diagnóza závislosti podľa Diagnostického a štatistického manuálu Americkej asociácie (DSM-IV) sa stanovuje nasledovne:

Pre diagnózu závislosti by mal jedinec vykazovať minimálne tri zo siedmich uvedených príznakov v rovnakom období 12 mesiacov:

- nárast tolerance,
- odvykacie príznaky po vysadení látky,
- prijímanie látky vo väčšom množstve alebo dlhšiu dobu, ako mal jedinec v úmysle,
- dlhodobá snaha alebo jeden i viac pokusov obmedziť a ovládať prijímanie látky,
- trávenie veľkého množstva času užívaním a obstarávaním látky, alebo zotavovaním z jej účinku, zanechanie sociálnych, pracovných, rekreačných aktivít v dôsledku užívania látky,

- pokračujúce užívanie látky napriek dlhodobému alebo opakujúcemu sa sociálnemu, psychologickému alebo telesnému problému, o ktorom jedinec vie a ktorý je zhoršovaný užívaním látky.

Uvedené kritériá závislosti majú podľa nášho stanoviska evidentne veľmi blízko ku kritériám Svetovej zdravotníckej organizácie v Medzinárodnej klasifikácii chorôb (MKCH-10). Zistujeme, že 1., 2. a 7. známka DSM-IV sú prakticky totožné so známkami MKCH-10. Ostatné známky sa týkajú zhoršeného sebaovládania a zanedbávania iných záujmov, čo sme zistili z MKCH-10. Prekvapivým sa nám javí, že medzi známkami závislosti v DSM-IV sa neobjavuje túžba (craving).

V tejto kapitole sa nebudeme zaoberať patologickým hráčstvom (gamblingom), ktoré je v klasifikácii zaradené medzi návykové a impulzívne poruchy (F63.0). V praxi sa stretávame i s inými formami návykového správania, ako je „závislosť“ na sexe, nakupovaní (shopaholizmus), práci (workoholizmus) alebo počítačoch (v anglosaskej literatúre patologické užívanie internetu a iné). Ide o impulzívne a návykové poruchy, nie závislosť v zmysle klasifikácie MKCH-10.

1.2 Teórie závislosti

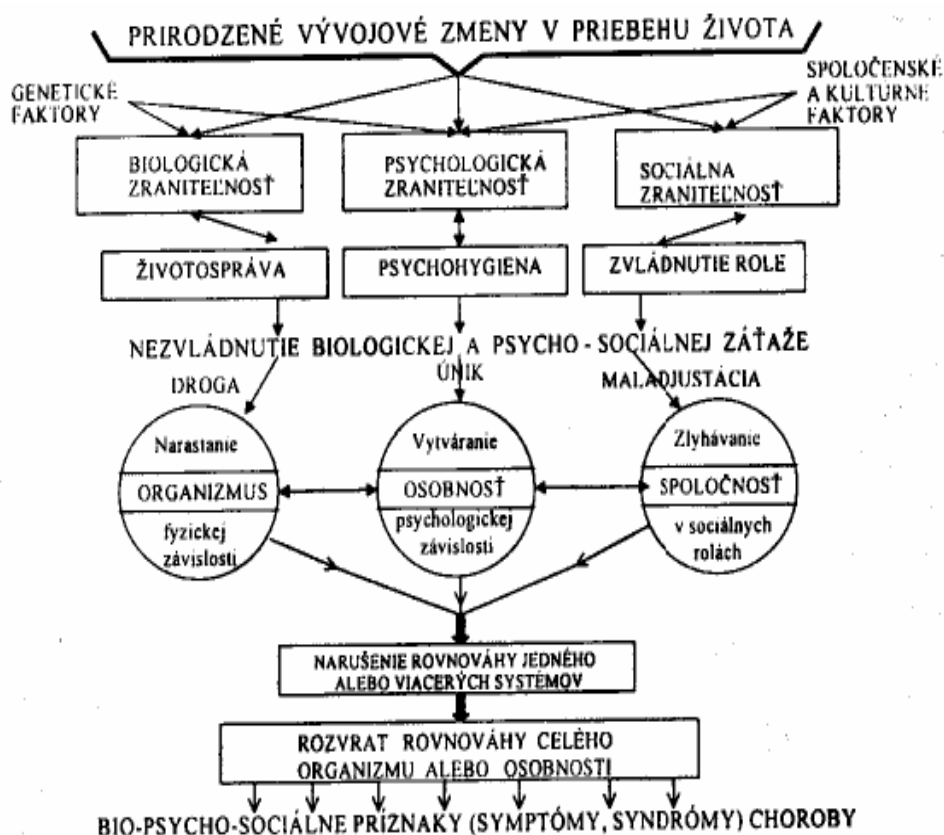
Doterajšie modely, ktoré sa pokúšajú vysvetliť vznik a udržiavanie alkoholového zneužívania a syndrómu závislosti, nedospeli zatiaľ k jednoznačnému výsledku, ktorý by viedol k označeniu jedného alebo viacerých príčinných faktorov. Ukazuje sa však, že bio-psycho-sociálny model podáva zatiaľ najviac akceptovateľnú a najširšie zahrňujúcu bázu možného vysvetlenia. Veľa otázok stále zostáva nezodpovedaných hlavne na úrovni biologickej (Lowinson, 2005).

1.3 Bio-psycho-sociálny model

V rámci bio - psycho - sociálneho modelu vzniku závislosti sa uvažuje o genetickom komponente, zodpovednom za ľahší vznik a udržiavanie závislosti. Ukazuje sa, že sú isté rozdiely v populácii, pretože východné a orientálne národy sú menej náchylné k vzniku závislosti. Napr. pri alkoholovej závislosti pre pomalé odbúravanie acetaldehydu, ktorý vo vyšších koncentráciách v krvi vyvoláva aj nepríjemné telesné pocity (antabus resp. disulfiram blokuje odbúravanie acetaldehydu v krvi, ktorý sa používal predovšetkým pri averzívnej liečbe) (Lowinson, 2005; First a Tasman, 2006).

Vo všeobecnosti sú psychologické komponenty osobnosti považované za hlavný zdroj vzniku a rozvoja závislosti. Avšak tento náhľad sa ukazuje ako neudržateľný, pretože

doteraz sa nepodarilo jasne preukázať, že niečo ako závislá osobnosť existuje. Predsa však existujú isté osobnostné faktory závislého človeka, ktoré ho odlišujú od ostatnej populácie.



Obrázok 1. Bio-psycho-sociálny model vzniku závislosti (Nociar, 2009)

Tieto východiskové faktory sa postupne spracovávajú do komplexnej socio-biologickej hypotézy na podklade evolučnej teórie. Teória sa využíva na porozumenie fenotypu a genotypu vo vzťahu k vonkajšiemu prostrediu (Nociar, 2001). Z vyššie uvedeného vyplýva, že fenotyp je vytvorený vývinom a genotyp je združený s dedičnosťou a s adaptačnými schopnosťami organizmu reagovať na pôsobenie vonkajšieho prostredia. Potom môžeme odvodiť hypotézu o abúze ako o určitom druhu sociálneho správania s biologickým podkladom.

Dôležitou súčasťou a podmienkou pre vývoj návyku a závislosti je motivácia vedúca k abúze drog. Heller, Pecinová a kol. (1996) sa pokúsili vystihnúť motivačné činitele:

- **Motivácia fyzická** – prianie fyzického uspokojenia, fyzického uvoľnenia, odstránenia fyzických problémov alebo ťažkostí, prianie získať viac energie, udržať si fyzickú kondíciu a pod.

- **Motivácia senzorická** – pranie stimulovať zrak, sluch, hmat, chuť, potreba zmyslovej sexuálnej stimulácie a pod.
- **Motivácia emocionálna** – uvoľnenie od psychickej bolesti, pokus riešiť osobné komplikácie, uvoľnenie od zlej nálady, zníženie úzkosti, emocionálna relaxácia.
- **Motivácia interpersonálna** – pranie preniknúť interpersonálnymi bariérami, získať uznanie od vrstovníkov, komunikovať s nimi, predovšetkým neverbálne, vzdorovať autorite, posilniť väzbu s druhou osobou, uvoľniť interpersonálne blokády, rozpustiť interpersonálnu závislosť.
- **Motivácia sociálna** – potreba presadiť si sociálne zmeny, identifikovať sa s určitou subkultúrou, unikáť z ťažkých až neznesiteľných podmienok prostredia, meniť spoločenské vedomie vrstovníkov.
- **Motivácia politická** – identifikovať sa so skupinou alebo skupinami protestujúcimi proti establishmentu, meniť drogovú legislatívu, nedodržiavať spoločenské pravidlá a pod.
- **Motivácia intelektuálna** – uniknúť nude, dosiahnuť intelektuálnu kurióznosť, riešiť umelé problémy, produkovať originálne svetové idey, skúmať svoje vlastné vedomie a podvedomie a pod.
- **Motivácia kreatívne estetická** – vylepšiť umeleckú tvorbu, zvýšiť pôžitok z umenia, ovplyvniť a rozšíriť predstavivosť a pod.
- **Motivácia filozofická** – objavovať významné hodnoty, hľadať zmysel života, nájsť osobnú identifikáciu, objavovať nové pohľady na svet a pod.
- **Motivácia spirituálne mystická** – vyznávať ortodoxnú vieru, presadzovať spirituálny náhľad, získať božie vízie, komunikovať s bohom, získať spirituálnu moc a pod.
- **Motivácia špecifická** – osobná potreba prežiť dobrodružstvo, inak nevyjadrené prežívanie, získať ocenenie u určitých osôb a pod.

Možno teda zhrnúť, že konzumácia drog predstavuje odlišné správanie sa u jedincov, ktoré je charakteristické odchýlkou od bežného konvenčného správania. Hlavnou myšlienkou vývojového procesu je prepojenosť medzi genetickou determinantou jedinca a premenlivosťou jeho životného prostredia, medzi fyziogenezou a psychogenezou, medzi zrením osobnosti, ranými skúsenosťami a zmenou správania sa v sociálnom prostredí. V podstate ide o syntézu prístupov biologických, psychologických a sociálnych.

2. Liečba - prístupy používané pri liečbe závislostí

2.1 Situácia v zahraničí

Liečba závislostí v zahraničí podľa Rotgersa (1999) ešte v šesťdesiatich rokoch 20.storočia mala často unifikovanú podobu mesačnej hospitalizácie – detoxifikácie, zahŕňala poradenstvo, edukáciu a svojpomocné skupiny. Pri opiatových závislostiach bola pre klientov doporučená substitučná liečba metadonového programu alebo zaradenie do dlhodobej terapeutickkej komunity. Podobný stav bol podľa Newcombeho (2004) i vo Veľkej Británii. Od tej doby liečba klientov s problematikou závislosti sa viac diferencuje a snaží sa o špecifický prístup podľa potrieb jednotlivých klientov.

V súčasnej podobe liečby závislostí Rotgers (1999, s.13) uvádza päť najdôležitejších teoretických a praktických prístupov, ktoré sa používajú. Sú to:

- „a) 12 krokový program,
- b) psychodynamický prístup,
- c) manželská/rodinná terapia,
- d) behaviorálny prístup,
- e) posilňovanie motivácie.“

Teraz si každý z týchto prístupov bližšie predstavíme. Rozdielny priestor, ktorý každému smeru alebo prístupu venujeme, vychádza z reálneho vplyvu každého z týchto prístupov v našej republike. Behaviorálny (alebo novší kognitívne behaviorálny model) má najdlhšiu tradíciu pri liečbe závislostí a jeho vplyv v liečbe závislosti je podporený výskumami a dobre zdokumentovateľný. Posilňovanie motivácie je najnovší z týchto prístupov, zďaleka nie tak dobre známy ako iné, tradičné prístupy. Podľa výskumov sa zdá byť sľubnou vyhliadkou pre liečbu závislostí, a preto mu venujeme o trochu viac pozornosti než rodinnej terapii alebo psychodynamickému prístupu, prístupom u nás dobre etablovaným a v literatúre popisovaným. Najmenší priestor dostane prístup založený na 12 krokoch, ktorý vychádza z populárneho hnutia Anonymných alkoholikov a ktorý patrí medzi obľúbené viac v USA, avšak aj u nás v zariadeniach priamo pracujú s týmto programom.

2.1.1 Psychodynamický prístup

Tento prístup, veľmi zjednodušene povedané, sa zaoberá tým, aby sa nevedomé stalo vedomým. Hlavnú úlohu v tomto prístupe podľa teórie zohráva motivácia, kde protichodné potreby spôsobujú konflikt, ktoré sú vyjadrené vo forme symptómov. Zneužívanie návykových látok potom môže byť chápané napr. podľa Khantziana a Treeceho (1977) práve ako takýto symptóm. Pod psychodynamickým prístupom v liečbe závislostí rozumieme široké spektrum modifikácií pôvodne psychoanalytického prístupu, a ich spojovacím momentom je dosiahnutie náhľadu. Tieto modifikácie sú potrebné ako zdôrazňuje Keller (in Rotgers, 1999, s.76), pri práci so závislými kde je potreba byť „aktívny, direktívny a rozhodný“. Dynamická terapia však potrebuje presný opak. Terapeut zostáva zámerne nedirektívny a nič nenariaďuje preto, aby umožnil vlastný terapeutický priestor a nechal sa vynoriť pacientov odpor a aby „živil“ prenos.

Príkladom, ako nedirektívny prístup pri liečbe závislostí nie je účinný, môže byť holandská komunita pre drogovo závislých Emiliehovcov, ktorý pri svojom vzniku v roku 1972 využívali prevažné princípy analytickej terapie. Ako zdôrazňuje Kooyman (in Kooyman et al., 2004), že na strane tímu neboli uplatnené direktívne terapeutické intervencie a konzistentné stanovenie hraníc, čo malo za následok stupňovanie rušivého a dysfunkčného správania klientov. Začali sa objavovať predčasné odchody z komunity, užívanie návykových látok priamo v komunite a pokusy o samovraždu. Dohodnutý denný plán komunity sa neplnil. Pôvodný predpoklad, že klienti dokážu robiť „rozumné, realistické a zmysluplné rozhodnutia,“ sa nenaplnil (Kooyman in Kooyman et al., 2004, s.110). Po štyroch mesiacoch fungovania komunity boli prepustení poslední dvaja klienti, ktorí sa vrátili k užívaniu drog. Tento model zlyhal zrejme v dôsledku nedostatočnej štruktúry a neefektívnemu terapeutickému prístupu, ktorý riešil konflikty intelektuálnou cestou a jeho cieľom bola snaha o dosiahnutie náhľadu, než vyvolanie zmeny v správaní. A preto sa v praxi pri liečbe závislostí psychodynamický model kombinuje s kognitívne behaviorálnymi prístupmi. Kaufman (1994) popisuje svoj trojstupňový model. Po prvej fáze posúdenia závislosti a naplánovania liečby, kde najdôležitejšiu úlohu zohráva dosiahnutie triezvosti, nastupuje druhá fáza (ranné uzdravenie), ktorá trvá 1-2 roky a ktorá sa snaží o zaistenie a stabilizáciu abstinencie predovšetkým prvkami kognitívne behaviorálnej terapie a zapojením 12 krokového programu. Psychoterapia je direktívna, obranné mechanizmy sa predčasne nekonfrontujú. V priebehu tejto fázy sa zvyšuje sebadôvera a vytvárajú sa nové vzorce správania. V tretej fáze (pokročilé uzdravenie) sa

používa na vhl'ad orientovaná psychoterapia s typickými psychodynamickými témami ako je prenos a odpor.

Keller (in Rotgers, 1999) zdôrazňuje, že v počiatočných fázach, kde je primárne dosiahnutie a udržanie abstinencie, sú vhodné kognitívne behaviorálne techniky. V pokročilom štádiu liečby môže prevládať dynamický prístup. Pokiaľ by mala byť ohrozená abstinencia, i v tejto fáze liečby meníme selektívne smer ku kognitívne behaviorálnym technikám.

2.1.2 Behaviorálny prístup

V liečbe závislostí má najdlhšiu tradíciu a je založený na princípe učenia a zmeny v správaní. Tento prístup, v súčasnej dobe integrovaný do kognitívne behaviorálnej terapie (ďalej ako KBT) je, ako zdôrazňuje Záleský (in Praško et. al., 2007), pri liečbe závislostí najštudovanejšou psychoterapeutickou metódou a väčšina zariadení využíva pri liečbe závislostí niektoré prvky KBT.

Teórie **klasického podmieňovania** vytvorili podľa Rotgersa (1999) základ pre tieto metódy liečby závislostí: technika vystavovania podnetom, technika kontroly podnetu, nácvik relaxácie, desenzitizácie a iné techniky averzívnej terapie. Podieľali sa tiež na vzniku teoretického základu pre nácvik odmietania konzumácie alkoholu. Tieto metódy s výnimkou averzívnej terapie sa snažia prerušiť podmienené vytvorenie spojenia medzi niektorými aspektmi klientovho života a podmienenými abstinenčnými príznakmi alebo túžbou (cravingom). Podmienené vytvorené spojenie (napr. užitie drogy v spojení s určitým prostredím alebo rituálom) podľa Záleského (in Praško et. al., 2007) tvorí motivační základ pre snahu psychoaktívnu látku vyhľadať a užiť ju.

Averzívnu terapiu a desenzitizáciu, ako zdôrazňuje Rotgers (1999), používa teória klasického podmieňovania inak. Snaží sa o vytvorenie novej, averzívnej reakcie na zneužívanie návykovej látky a s ním i spojené podnety. Tento prístup má pri liečbe závislostí najdlhšiu tradíciu. V Československu ju pri liečbe využíval napr. Skála (in Kubička, 1975, s.14).

Operantné podmieňovanie prispelo k liečbe závislosti predovšetkým vytvorením režimového prostredia, ktoré sa používa pri liečbe. Kladie dôraz na upevňovanie pozitívneho správania spojeného s abstinenciou namiesto aspektov spojených so zneužívaním, ktoré sa trestá. Pre väčšinu zmien v správaní je vhodnejšie klásť podľa

Rotgersa (1999) dôraz na upevňovanie žiaduceho správania namiesto trestania nežiaduceho správania.

Učenie nápodobou je jedným z najúčinnějších metód, ktoré sa využívajú pri liečbe závislostí pre svoju vysokú efektivitu. Závislí jedinci podľa Rotgersa (1999) často postrádajú základné behaviorálne schopnosti, ktoré by im pomohli vyrovnať sa so situáciami, ktoré predtým viedli k zneužívaniu psychoaktívnych látok. Učenie nápodobou poskytuje teoretický základ pre psychologické schopnosti, ako sú napr. relaxácia, asertivita, práca s agresivitou a inými emóciami apod. Učenie nápodobou od druhých ľudí je jeden z dôvodov, prečo sa tak často pri liečbe závislostí využívajú skupinové programy namiesto individuálnej práce. Podľa Záleského (in Praško et. al., 2007) vzorom môže byť aj terapeut. Ďalším dôležitým príspevkom behaviorálneho prístupu je kognitívna zmena v správaní. Podľa Rotgersa (1999) je štvrtým základným procesom, ktorým behaviorálne orientovaní autori prispeli k liečbe závislostí. Predpokladá, že okrem troch behaviorálnych foriem učenia sa na výslednom ľudskom správaní podieľa tiež vytvorenie vzorcov myslenia a cítenia. Kladie dôraz na význam myslenia pre kontrolu vlastného správania. Ako uvádza Rotgers (1999), spôsob, akým jedinec zvláda problematické situácie, je ovplyvnený myšlienkami, pocitmi a očakávaniami, ktoré sú spojené s odozvou správania od okolia. „Očakávanie, ako dokážeme zvládnuť určitú situáciu“ vyjadrujeme podľa Bandury (cit. podľa Praška a Možného, in Praško et. al., 2007, s. 30) pojmom **sebadôvera alebo sebaúčinnosť** (self-efficacy). Miera sebadôvery určuje, do akej miery človek disponuje schopnosťou vyrovnať sa s nejakou situáciou, či má predstavu o nedostačivosti svojich schopností túto schopnosť využiť. Podľa tejto teórie, ako zdôrazňuje Rotgers (1999), sú jeho očakávania spojené so sebadôverou určujúcou pre to, či jedinec bude alebo nebude schopný adekvátne reagovať. Pokiaľ je jeho sebadôvera vo vlastné schopnosti zvládnuť nejakú situáciu vysoká, pravdepodobne sa ju pokúsi uplatniť. Pokiaľ bude jeho sebadôvera nízka, skôr sa pokúsi uplatniť inú zručnosť alebo stratégiu, s ktorou má lepšiu skúsenosť. To sa môže u závislého človeka prejavovať napr. v niektorých subjektívne vnímaných problémových situáciách (napr. rozvod), ktoré môže vnímať, že s takouto situáciou sa nevládne vyrovnať a môže použiť svoju doterajšiu stratégiu, ako sa vyrovnávať s nepríjemnými situáciami v živote – zneužívaním návykových látok.

Táto teória učenia sa pozerá na zneužívanie návykových látok ako na neschopnosť zvládať situácie v živote primeranejším spôsobom. Podľa tohto modelu sa pri liečbe závislosti využívajú metódy tréningu a precvičovania zručnosti. Pri tom sa klient učí, aby

v budúcnosti bol sám schopný predvídať stresové situácie a aby sám sa naučil ich adekvátne zvládnuť.

2.1.3 Kognitívny prístup a prístup individuálnej psychológie

Kognitívny model závislosti predpokladá hlboko zakorenené **maladaptívne (jadrové) presvedčenia** (Záleský, in Praško et. al., 2007). Maladaptívne presvedčenia vytvárajú schémy, ktoré smerujú jedinca k nadmernej zraniteľnosti, avšak zostávajú latentné pokiaľ jedinec neužije psychoaktívnu látku. Psychoaktívna látka v začiatkoch slúži ako kompenzácia, avšak postupne sa prepojuje s dysfunkčnými jadrovými presvedčeniami. Podľa individuálnej psychológie jedinečné vlastné schémy Ja, životný štýl vytvorený v ranom detstve, teda v dobe, kedy sú kognitívne schopnosti dieťaťa značne obmedzené a pri spracovaní informácií relevantných pre Ja dochádza k skresleniu. Subjektívne schémy, vytvorené na základe súkromnej logiky, sú zrozumiteľné, aj keď ich dospelí považujú za neplatné a nelogické. Jedinec nepoznáva subjektivitu toho, v čo verí a považuje to za objektívne platné. Adler (in Dreikurová-Fergusonová, 2005) konštatoval, že u päť až šesťročného dieťaťa je vyvinutý životný štýl, ktorý je vyjadrením jeho vzťahu k sebe a k svetu a ktorý v priebehu života jedinca zostáva relatívne stabilný.

Ak jedinec považuje svoje domnienky za pravdivé, väčšinou interpretuje všetky následné udalosti v rovnakej línii. Nemení svoje primárne presvedčenia, ak sa ocitne v novej životnej skúsenosti.

Ako náhle si človek začne vyberať priateľov a skúsenosti, ktoré zodpovedajú jeho životným cieľom, potom sa pravdepodobne nestretne s extrémne odlišnou informáciou o sebe ani o ostatných.

Životný štýl určuje hranice, udáva smer pohybu a tiež poskytuje spätnú väzbu, ktorá daný pohyb posilňuje alebo inhibuje. Môžeme hovoriť o stabilnej determinante – hodnotíme a interpretujeme podľa nej všetky situácie a v súlade s ňou na ne reagujeme.

Ak jedinec chápe životný štýl ako základnú schému adaptácie, potom je zrejmé, že hlavné elementy sa budú vzťahovať k niektorým zásadným otázkam života jedinca, respektíve k subjektívnym presvedčeniam o týchto otázkach.

Podľa Mosaka a Shulmana (1990) komponenty životného štýlu môžeme zhrnúť v nasledujúcom prehľade:

Presvedčenia o realite

Obraz seba (Aký som?)

Obraz sveta

- sociálny svet (Aký je vzťah medzi mnou a druhými?)
- život je taký (Ako to funguje?)

Presvedčenia o ideáloch

(etické hodnoty)

Ideálny svet (Aký by život a svet mal byť?)

Morálne úsudky (Čo je správne, hodnotné a žiaduce?)

Inštrukcie pre správanie

Dominantný cieľ (Za čím mám ísť?)

Ideál Ja (Čím musím byť?)

Metódy používané pri vysvetľovaní životného štýlu (Ako to mám urobiť?)

Jedinec je sociálna bytosť a sám seba vníma cez svoje miesto vo svete a interakcii s ním. Niektoré aspekty Ja sú uvedomované, niektoré sú na hranici uvedomenia a iné sú neuvedomované. Celý koncept **obrazu o sebe samom** obsahuje kognitívnu zložku (sebadefinovanie – presvedčenie o vlastnom tele, o svojich osobnostných charakteristikách, hraniciach a schopnostiach), zložku emocionálnu (sebauposudzovanie – presvedčenie o vlastnej hodnote) a zložku konatívnu (inštrukcie pre správanie).

Adlerovu teóriu môžeme chápať ako teóriu poľa (Shulman, Mosak, 1990). Jedinec si nevytvára subjektívne presvedčenia len o sebe, ale tiež o svete a vzťahoch medzi sebou a svetom. Mosak a Shulman (1990) hovoria o **predstave sveta**, ktorú tvorí súbor subjektívnych presvedčení o všetkom, čo je mimo subjektívneho Ja, a o všeobecnom „vonkajšku“, s ktorým sa musí jedinec vyrovnávať. Nie všetky aspekty vonkajšieho sveta sú rovnako významné, niektoré jedinec ignoruje, iné sú pre neho zásadné. Predstava sveta je jedinečným konštruktom, ktorý si každý jedinec vytvára na základe svojho subjektívneho chápania, a na taký svet reaguje. Mohli by sme ju rozdeliť na **obraz života ako takého** (otázky základnej existencie) a **obraz sociálneho sveta** (život medzi ľuďmi). V životnom štýle jedinca potom nájdeme jeho základnú predstavu o živote človeka. Príkladom predstavy o živote ako takom môže byť výrok „život je nepredvídateľný“ alebo

„predurčený osudom“, „plný prekvapení“, „chaotický“ a podobne. Subjektívne predstavy o sociálnom svete a ľudských vzťahoch sú do určitej miery ovplyvnené kultúrou, ale tie najdôležitejšie presvedčenia o vzťahoch medzi ľuďmi sú individuálne a idiosynkratické a vytvárajú sa na základe osobnej skúsenosti. Mnohé z týchto presvedčení sú za hranicou uvedomovania. Človek môže veriť, že ľudia sú priatelia alebo nepriatelia, majú alebo nemajú moc, sú prístupní alebo neprístupní, prijímajúci alebo odmietajúci a podobne.

Okrem presvedčenia o sebe a o svete zahrňuje životný štýl tiež prototypické tvrdenia o ideáloch, ktoré zapadajú do určitej postupnosti: „Ak som, kto som, a život je taký, aký je, je dôležité a žiaduce, aby som sa stal, robil a bol, ak chcem nájsť svoje miesto vo svete“.

Súčasťou ideálu sú **morálne úsudky** o živote a o sebe samom – ja by som mal (mala) byť, život (svet) by mal byť. „Nikdy by som nemal hrešiť“, „vždy by som mal mať pravdu“, „ľudia by mali vždy jednať fér“, „boh to nemal dopustiť“. V ideáloch sa prejavujú hodnoty a etické postoje, úsudky o tom, čo je a čo nie je dôležité, správne a žiaduce. Rovnako ako ostatné aspekty životného štýlu, sú aj ideály fikciami, vytvorenými na základe subjektívneho vnímania (čo je dokonalosť pre jedného jedinca, nemusí byť dokonalosťou pre iného). Sú teda privátne, nemusia byť uvedomované a často nie sú podrobené konsenzuálnej validizácii (Shulman, Mosak, 1990, s. 10).

Na základe presvedčenia o realite a ideáloch si jedinec podľa Adlerovej teórie vytvára dominantný cieľ, dominantný ideál Ja, ktorý má funkciu „orientačného bodu“ v pohybe jedinca. Jedinec konštruuje tento cieľ ako spôsob uspokojovania základných psychologických potrieb a ustavične sa usiluje o jeho naplnenie.

Typickým príkladom dominantného cieľa sú: „vždy chcem byť prvý, na vrchole“, „chcem, aby ma ostatní chránili a jednali v môj prospech“, „nikdy nesmiem stratiť kontrolu“, „vždy musím byť stredom pozornosti“.

V neposlednom rade sú súčasťou schematickeho súboru presvedčení, pravidiel a „zákonov“ životného štýlu inštrukciou pre správanie – metódou dosiahnutia cieľa, ktorá z týchto pravidiel vyplýva.

V predchádzajúcom texte sme poukázali na to, že pri vytváraní životného štýlu dochádza často k skresleniu spôsobenému nedostatkom informácií a úrovni vývojových kognitívnych schopností dieťaťa. Najčastejšími skresleniami, ktoré nachádzame v súkromnej logike, sú simplifikácie, nadhodnocovania a generalizácie. Dreikurs (1957) nazval tieto subjektívne skreslenia, alebo skreslené presvedčenia, **základnými chybami**,

ktoré charakterizoval ako sociálne hodnoty, ktoré sú v rozpore s normami a spôsobmi správania uznávanými súčasnou spoločnosťou za vhodné.

Koncepcia základných chýb je porovnateľná nielen s teóriou atribúčných skreslení, ale tiež s koncepciou **iracionálnych ideí** Alberta Ellisa (1996). Iracionálne ciele sú nevedomé hodnotenia toho, čo je správne a vhodné v našich životoch. Sú naučené v ranom štádiu života a ovplyvňujú naše očakávania a správanie.

Shulman a Mosak vo svojej publikácii (1990) zhrnuli funkcie životného štýlu.

- **Organizujúca funkcia.** Životný štýl poskytuje súbor pravidiel, podľa ktorých jedinec prisudzuje hodnoty, vytvára hierarchie a determinuje priority.

- **Selektívna funkcia** zahŕňa:

- **Určovanie smeru.** Životný štýl určuje smer pohybu jedinca v priebehu jeho života. A tak jedinec, ktorý sa podľa svojho životného štýlu potrebuje vyhnúť neúspechu, sa môže vyhýbať všetkým situáciám, ktoré jeho úspech nezaručujú.
- **Selektívne vnímanie.** Jedinec vníma udalosti podľa svojho životného štýlu a jedná v súlade s týmito percepciami. Pokiaľ životný štýl jedinca vyjadruje, že druhí ľudia sú hostilní, potom daný človek bude hostilitu vnímať v situáciách, v ktorých ju iní vnímať nemusia.
- **Funkcie radaru.** Životný štýl nielen umožňuje predikciu a anticipáciu, ale tiež umožňuje dávať pozor na určité zvláštne situácie. Pokiaľ životný štýl vyjadruje, že človek bude ponížený vďaka svojej neschopnosti, potom signály poníženia a neschopnosti môžu byť rozpoznané „radarovým systémom“, ktorý jedinca varuje. Opačnou funkciou tohto radaru je rozpoznanie človeka, ktorý zapadne do našej schémy a umožní nám hrať rolu, ktorú si prajeme.
- **Selektívna funkcia pamäte.** Táto funkcia nám umožňuje využívať najranejšie spomienky z detstva ako diagnostický prostriedok k zisteniu životného štýlu. Pamäť je selektívna, sleduje líniu životného štýlu a spomienky z raného detstva môžu byť rekonštruované. V týchto raných spomienkach nachádzame základné metafory životného štýlu jedinca.

- **Funkcia kontroly skúsenosti.** Selektívna percepcia umožňuje ďalší spôsob riešenia problému, a to zvládanie problému hodnotením a klasifikovaním skúsenosti. Udalosť sa môže stať traumatizujúcou, pretože je to tak určené životným štýlom, lebo súčasné a minulé skúsenosti vnímame podľa nej.

- **Funkcie vytvárania mýtov.** Životný štýl je v istom zmysle mýtom a umožňuje mýty vytvárať. Obraz seba a obraz sveta sú fikcie, pomocou ktorých sa jedinec snaží získať informácie o svete a organizuje ich.

- **Sebaobranná funkcia.** Ak nastane situácia alebo udalosť, ktorá by objektívne mohla znamenať spochybnenie životného štýlu, zasiahne opäť selektívna percepcia, ktorá prefiltruje, rekonštruje alebo reinterpretuje danú udalosť tak, aby neohrozila existujúci súbor pravidiel. Táto sebaobranná funkcia už bola popísaná Sullivanom (1956), ktorý hovorí o self-systéme a princípe selektívnej nepozornosti k určitým skúsenostiam, ktorý filtruje nepriaznivé informácie. Sullivan chápe self-systém ako dynamiku, ktorá umožňuje jedincovi zvládať úzkosť a zaistiť pocit bezpečia tým, že zameria pozornosť na zdanlivo relevantné informácie a nevšima si irelevantné. Podobné hľadisko zastáva Festinger (1957, cit. in Mosak a Shulman, 1990), ktorý hovorí o kognitívnej disonancii ako o rozpore medzi vonkajším správaním a vnútorným postojom, čo vyvoláva snahu uviesť oboje do súladu. Paralelu môžeme tiež nájsť v Greenwaldovom poňatí totalitného ega (1980), ktoré vyjadruje súvislosť medzi kontrolou informácií v totalitnom politickom systéme a ochranou integrity organizácie znalosti o vlastnom Ja, istené sklonmi k sebaoposudzovaniu. Ide o:

- tendencie vyhľadávať informácie relevantné pre Ja alebo vkladať seba ako objekt alebo subjekt do vnímaných príčinných súvislostí,
- tendencie vidieť samého seba ako dobročinného a kompetentného činiteľa,
- tendenciu chrániť v obraze Ja, čo už bolo vytvorené.

2.1.4 Kognitívne behaviorálna terapia

Dôležitým aspektom v KBT podľa Záleského (in Praško et. al, 2007) je práca s cravingom (bažením) a rozpoznaním tzv. zdanlivo nepodstatných rozhodnutí, ktoré vedú nakoniec k užitiu návykovej látky, nácvik odmietania, identifikácia a zvládanie rizikových situácií pre klienta. V praxi sa kognitívne behaviorálna terapia v porovnaní s kognitívnou terapiou líši len minimálne. KBT je o trochu viac didaktická a pracuje nielen s tým, ako klient myslí, ale tiež s tým ako sa klient správa. Obidva prístupy kladú dôraz na funkčnú analýzu problému, na identifikáciu procesov, ktoré pôsobia na udržiavanie závislosti.

2.1.5 Špecifické terapeutické prístupy používané pri liečbe závislostí

Dvanásťkrokový program - je u nás známy predovšetkým zásluhou činnosti Anonymných alkoholikov (ďalej ako AA). Tento prístup má časovú obmedzenosť, Nowinski in Rotgers (1999) uvádza, že trvá 12-15 sedení. Tieto sedenia sú štruktúrované a požívajú sa nástroje ako povinné čítanie literatúry, písanie denníkov, konfrontácia a celý rad behaviorálnych úloh. Obsahuje tiež krátky program (väčšinou do 2-3 sedení) pre osoby blízke klientovi. Vychádza z presvedčenia, že závislosť ovplyvňuje nielen klienta, ale celú jeho rodinu čiže blízke osoby a vzťahy. Cieľom tohto prístupu v samotnej liečbe je príprava klienta do svojpomocných skupín v doliečovacom procese. Tento cieľ sa môže zdať zjednodušený ale v praxi sa ukazuje, že pri prijatí zásad AA ide „skôr o proces než jednorazovú udalosť“ (Nowinski in Rotgers, 1999, s.47).

Manželská/rodinná terapia

Manželská alebo rodinná terapia vychádza z presvedčenia, že „rodina hraje ústrednú úlohu v etiológii, udržiavaní a pri liečbe psychických a psychiatrických porúch“ McCrady a Epstein (in Rotgers, 1999, s.97). Rodinná terapia závislostí sa zaoberá tým, akú úlohu zohráva zneužívanie návykovej látky v rodine a pokúša sa v rodinnom systéme zmeniť role, pravidlá a hranice.

Podľa **modelu choroby rodiny** sa k zneužívaniu jedného člena rodiny pristupuje ako k „chorobe celej rodiny.“ Členovia rodiny podľa Cermaka (1986) sú rovnako chorí ako ten, ktorý zneužíva návykovú látku. Spoluzávislosť (co-dependencia) je popisovaná ako vzorce správania, ktoré v rodine umožňujú zneužívanie návykových látok alebo poskytujú pozitívne reakcie na zneužívanie a vyhýbajú sa negatívnym reakciám na zneužívanie a stanovením jasných hraníc takého to správania v rodine (McCrady a Epstein in Rotgers, 1999, s.101).

Model rodinného systému predpokladá, že rodinu určuje zákon homeostázy. Podľa Prochasky a Norcrossa (1999) je pre rodinu primárnym cieľom udržanie prijateľnej rovnováhy a stability. V prípade závislosti člena rodiny i takáto rodina často funguje ako stabilná rodinná jednotka. Prípadná absencia tohto člena rodiny by mohla túto homeostázu ohroziť a narušiť existujúci systém. Rodina môže zareagovať tak, že sa pokúsi tejto zmene zabrániť (McCrady, Epstein in Rotgers, 1999).

Behaviorálny prístup v rámci rodinnej terapie hľadá podľa McCradyho a Epsteina (in Rotgers 1999) spúšťacie faktory pre zneužívanie návykovej látky, spevňujúce dôsledky pre ďalšie užívanie návykovej látky a pracuje na ich zmene v správaní. Tiež zdôrazňuje význam opakujúcich sa vzorcov správania v rodinných vzťahoch, vrátane skúmania, akú úlohu môže návyková látka zohrávať v rámci udržiavania stability rodiny.

Rodinná terapia podľa Kaliny (in Kalina et al., 2008) má pri liečbe závislosti široké indikačné pole. Okrem ziskov z rodinnej terapie ako takej tiež prispieva k schopnosti klienta riadne dokončiť liečbu a zlepšuje výsledky liečby. K rovnakým záverom dochádza tiež Kooyman (in Kooyman et al., 2004) na základe skúsenosti z holandskej terapeutickej komunity pre drogozo závislých. Zásadná indikácia rodinnej terapie je podľa Kaliny (in Kalina et al., 2003) nízky vek klienta a vysoká nezrelosť člena rodiny. Kalina píše, že (in Kalina et al., 2008, s.191) na rodinnú terapiu môžeme „nazerať ako na kontext, v ktorom sa závislosť deje a ktorá môže zásadne ovplyvniť terapeutické snahy.“ Využitie rodinného systému môže mať aj podobu poskytovania poradenstva vo forme podania informácií rodine o všetkom čo liečba závislosti a ich rodinného člena prináša, rodina nám môže pomôcť klienta lepšie motivovať pre liečbu a pod., ako uvádza Kooyman (in Kooyman et al., 2004). Zapojenie členov rodiny do liečby má často podobu skupín „blízkyh závislých ľudí“. Takáto skupina podľa skupina Kaliny (in Kalina et al., 2008) by mohla pomáhať osobnostnému rastu alebo novým vývojovým fázam pre blízkyh členov rodiny.

2.1.6 Posilňovanie motivácie

Už tradične pri liečbe závislostí je zdôrazňovaná potreba motivovanosti klienta. Posilňovanie motivácie vychádza z presvedčenia, že každý klient je motivovaný, nezriedka však v tom zmysle, že chce pokračovať v kontrolovanom užívaní návykovej látky. V tejto súvislosti sa zameriame na transteoretický model zmeny Prochasky a DiClementa z piatimi štádiami zmeny v terapeutickom procese, čo je aj jednou z našich výskumných otázok. Ako uvádzajú autori Saunders et al. (in Rotgers, 1999), tí klienti, ktorí sú označovaní ako nemotivovaní k liečbe závislostí, sa nachádzajú vo fáze prekontemplácie, prípadne kontemplácie. Vo fáze, kedy straty začnú prevažovať nad ziskami z užívania psychoaktívnej látky, sa klienti nachádzajú v „príprave“ a môžu pokračovať do štvrtého štádia – „akcie“, štádia, kedy sa aktívne rozhodnú riešiť problém svojej závislosti. V praxi liečby závislostí sa však často stretávame s tým, že do liečby závislostí prichádzajú klienti i vo fáze prekontemplácie. Najčastejším dôvodom sú vonkajšie okolnosti ich života –

problémy vo vzťahoch, problémy v práci, somatické komplikácie a pod. Dôvodom ich liečby teda nie je vnútorné rozhodnutie, ale tlak ich okolia. Prístup posilňovania motivácie vychádza práve z tohto prístupu, kedy klient vo fáze prekontemplácie, môže značne z liečby profitovať a tento prístup ponúka možnosti, ako pracovať. Podľa modelu Prochasky a DiClementa ide o štádium, kde zámer klienta sa liečiť je dôsledok tlaku okolia, nejde podľa autorov o to, že by samotní klienti si zmenu nepriali, ale chýba im zámer alebo uvažovanie o zmene. Indikátorom býva odpor priznať si problému. Aby bol možný pokrok do ďalšieho štádia, je potrebné uznanie toho, že ich závislostné správanie je problém a uvedomenie si resp. zvnútornenie (internalizácia) negatívnych aspektov ich správania.

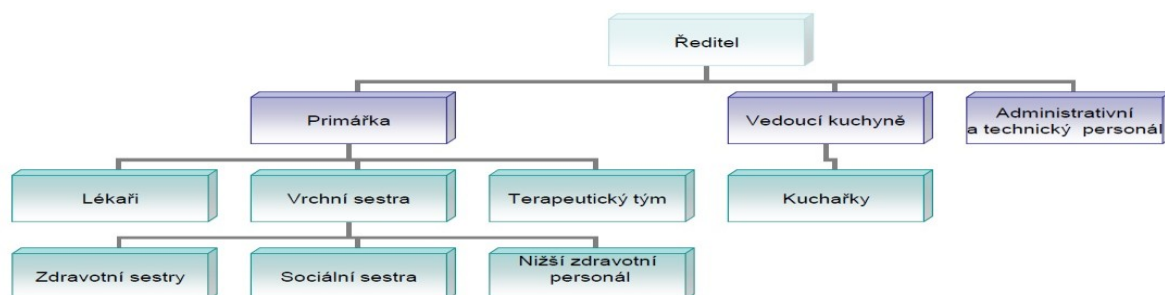
2.2 Charakteristika z pohľadu systému a štruktúry liečby závislosti v ČR

Psychiatrická liečebňa v Jemniciach funguje od roku 1975 (ako detašované pracovisko Nemocnice Třebíč). V roku 2004 došlo k sprivatizovaniu liečebne - privatizácia nemala prakticky žiadny vplyv na chod zariadenia.

V súčasnej dobe liečebňa disponuje cca 60-timi lôžkami pre psychiatrických pacientov a pacientov, ktorí sa chcú liečiť zo závislosti. Ďalej majú 5 sociálnych lôžok pre osoby v ťažkej životnej situácii. Liečebňa je "otvoreného typu", tzn., pacienti sú tu dobrovoľne a z vlastnej vôle.

Pobyt v liečebni je financovaný zdravotnými poisťovňami, s ktorými má liečebňa uzatvorenú zmluvu. O pacientov sa stará odborný terapeutický tím, ktorý tvoria lekári, psychológovia, arteterapeuti, sociálna sestra, zdravotné sestry, pracovno-rehabilitační terapeuti.

Organizační struktura PATEB s.r.o.



2.2.1 Význam režimovej liečby pre liečbu závislosti

Zariadenie pracuje na princípe terapeutickkej komunity. Terapeutická komunita pracuje na týchto základných princípoch:

- ✓ pacient prichádza dobrovoľne, s jasnou motiváciou a dobrovoľne môže zariadenie opustiť,
- ✓ snaží sa vytvoriť prostredie priaznivé pre možnosť pacientovej zmeny,
- ✓ deleguje zodpovednosť za spoločné veci na všetkých členov komunity,
- ✓ terapia prebieha predovšetkým v skupinových formách,
- ✓ snaží sa čo najlepšie zaistiť starostlivosť pred nástupom na pobyt a hlavne následnú starostlivosť.

Terapeutický tím nie je expertom na pacientov život, ale predovšetkým jeho sprievodcom a poradcom.

Ak uvažujeme o terapeutickkej komunite zameranej na prácu s dospelými užívateľmi drog, je potrebné niektoré prvky zdôrazniť, a tým ich odlíšiť od komunit, ktoré sú zriaďované pre prácu s dospelými.

- ✓ je zameraná na dospelých problémových užívateľov návykových látok, starších ako 15. rokov
- ✓ doba pobytu je 6 alebo 12 týždňov

Režim a program liečby – terapeutická ponuka

Jedná sa o privátne zariadenie s dobou pobytu 6 alebo 12 týždňov. Liečba prebieha formou komunitnej režimovej terapie. Program zahŕňa skupinovú psychoterapiu dynamického a interakčného charakteru, individuálnu psychoterapiu a v prípade záujmu rodinné konzultácie, vrátane možnej účasti rodinných príslušníkov na skupinovej psychoterapii. V priebehu liečby sa využívajú metódy arteterapia, muzikoterapia, relaxačné a imaginatívne metódy. Neoddeliteľnú súčasť liečby tvorí pracovná terapia. Súčasťou programu sú športové aktivity (k dispozícii je telocvična a ihrisko v areáli oddelenia). Filozofiou zariadenia je aktívny prístup pacientov k liečbe a motivácia k zmene.

Liečebný plán

- ✓ Lekár pri prijatí pacienta vypíše do príjmového protokolu diagnózu pacienta, túto diagnózu s číslom, podľa klasifikácie MKN-10, zapíše i do príslušnej kolónky počítačového programu.
- ✓ Pri prijatí predpíše prijímajúci lekár individuálny plán pacientovi (diétu, pohybový režim, pracovnú terapiu, medikáciu), zaradí ho do príslušného režimu a vyznačí ho v počítačovom systéme – psychiatrický, protialkoholický, protidrogový.
- ✓ Pokiaľ uzná za nutné, pri prijatí naordinuje pacientovi laboratórnu alebo ďalšie odborné vyšetrenia, k tomu použije časovač ordinácii v počítačovom systéme.
- ✓ O diagnóze, ordinovaných liekoch a vyšetreniach informuje prijímajúci lekár terapeutický tím na rannom sedení nasledujúceho dňa. Pokiaľ nie je prijímajúci lekár z vážneho dôvodu na sedení prítomný, informuje o týchto skutočnostiach povereného lekára, ktorému predtým tieto informácie povedal. Väčšinou je to primár liečebne alebo jeho zástupca.
- ✓ Terapeutický tím na rannej porade vo štvrtok rozhodne o zaradení pacienta do príslušnej psychoterapeutickej skupiny a o pridelení terapeuta, toto vyznačí primár do počítačového programu. V piatok ráno prebieha zaraďovacia skupina, kde sa pacient dozvie do akej psychoterapeutickej skupiny bol zaradený, aký terapeut mu

bol pridelený a aké sú jeho základné povinnosti v AT režime, rovnako je upozornený na to, že sa musí dôkladne zoznámiť s liečebným poriadkom. šetky zmeny sa aktualizujú podľa potreby a stavu pacienta.

Hodnotenie, kontrola pacientov

V rámci režimovej liečby prebieha pravidelné hodnotenie komunity, ukladanie kladných a záporných bodov, spätná väzba. Podľa potreby a situácie kontroly moča na obsah drog, dychové skúšky.

Vzdelávanie pracovníkov

Je nutné, aby jednotliví pracovníci i celý tím mohli prechádzať ďalším priebežným vzdelávaním formu tréningu a teórie.

Každý odborný pracovník by mal absolvovať sebakúsenostný psychoterapeutický výcvik s teoretickou nadstavbou o závislostiach. Mal by poznať možnosti starostlivosti o užívateľoch návykových látok, mal by sa vedieť orientovať v komunitných formách práce. Ďalšie vzdelávanie pracovníkov:

Na pracovisku:

- ✓ vedúci alebo iný člen tímu školí ostatných,
- ✓ členovia tímu sa školia navzájom,
- ✓ tím alebo vedúci školiaci odborník prichádza z iného zariadenia.

Mimo pracoviska:

- ✓ psychoterapeutický výcvik,
- ✓ konferencie, kurzy, semináre,
- ✓ stáže,
- ✓ supervízia.

2.3. Charakteristika z pohľadu systému a štruktúry liečby závislosti v PL

Systém liečby závislosti v Poľsku

Systém liečby závislosti v Poľsku je založený na právnych predpisoch týkajúcich sa zvlášť liečby alkoholovej závislosti a zvlášť liečby drogovej závislosti (závislosť na iných psychoaktívnych látkach než alkohol). V rámci oboch systémov liečby sa realizujú aj rodinné terapie a programy pre osoby s nelátkovou závislosťou.

Liečba alkoholovej závislosti

Organizáciu liečby závislosti stanovuje **Vyhláška Ministerstva zdravotníctva zo dňa 25.júna 2012 o organizácii, kvalifikácii personálu, spôsobe fungovania a druhoch zdravotníckych zariadení, ktoré vykonávajú stacionárnu a dlhodobú, ale i ambulantnú starostlivosť o pacientov závislých na alkohole a spôsobe spolupráce s verejnými inštitúciami a spoločenskými organizáciami v tejto oblasti**, vydaná na základe **Zákona zo dňa 26.decembra 1982 o výchove k triezvosti a boji proti alkoholizmu**. Okrem toho **Vyhláška Ministerstva zdravotníctva zo dňa 6.novembra 2013 o službách poskytovaných v rámci psychiatrickej starostlivosti a liečby závislosti** upravuje oblasť zdravotnej starostlivosti poskytovanej liečebnými ústavmi. Túto oblasť zdravotnej starostlivosti finančne podporuje Národný zdravotný fond (NZF). Liečba pacientov so závislosťou je bezplatná, hradí ju NZF, a to aj v prípade zdravotne nepoistených osôb. Doplňujúcim zdrojom financovania sú miestne samosprávy (mestá a obce), ktoré môžu dofinancovať činnosť poskytovateľa liečby a niekedy túto pomoc aj skutočne realizujú.

Liečbu poskytujú liečebné jednotky zaregistrované v príslušných krajských registroch.

Liečbu poskytujú nasledujúce typy zariadení:

1. Detoxikačné oddelenia (Oddziały Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych - OLAZA) sú zamerané na liečbu abstinenčných príznakov a motivujú k psychoterapii závislosti. Liečba na týchto oddeleniach trvá do 10 dní.
2. Terapeutické poradne v oblasti závislosti / závislosti na alkohole. Dĺžka liečby v poradni sa pohybuje od 6 mesiacov do 2 rokov.
3. Lôžkové oddelenia terapie závislosti / závislosti na alkohole, kde liečba trvá 6-8 týždňov.
4. Denné stacionárne oddelenia terapie závislosti / závislosti na alkohole, kde taktiež liečba trvá najviac 8 týždňov.

V prípade prekročenia dĺžky liečby pacientov alebo opakovaného prijatia na oddelenie skôr ako 14 dní po prepustení, NZF prepláca 70% nákladov.

Základnou liečebnou metódou je psychoterapia, dominuje integračný prístup s prevažne behaviorálno-kognitívnym zameraním. Avšak čoraz častejšie sa aplikujú aj iné terapeutické prístupy, ako napr. motivačný rozhovor, krátka terapia zameraná na riešenie (SFBT), psychodramatická terapia a tiež metódy psychodynamické, systémové a iné. Okrem psychoterapie sa využíva farmakoterapia porúch sprevádzajúcich závislosť, občas sa podáva disulfiram, akamprosát, naltrexon a nalmefen. Tieto liečivá doteraz nie sú preplácané. Často sa pacientom odporúča účasť na svojpomocných skupinách, obzvlášť na stretnutiach AA.

Psychoterapiu závislosti vykonávajú psychoterapeuti a špecialisti psychoterapie závislostí. Pod supervíziou špecialistov psychoterapie závislostí pracujú inštruktori terapie závislostí, ktorí môžu vykonávať určité formy starostlivosti, napr. poradenstvo, skupinovú terapiu, psychoedukačnú terapiu a pod. Okrem nich sa na poskytovaní starostlivosti v rámci liečby závislostí podieľajú lekári, zdravotné sestry a psychológovia.

CHARAKTERISTIKA ZARIADENIA - WOTUW v Krakove

V súlade s poľskou legislatívou, je v každom samosprávnom kraji vytvorené Krajské centrum pre terapiu alkoholovej závislosti (WOTUW), ktoré zároveň poskytuje liečebnú starostlivosť formou stacionárnou i ambulantnou, ktorá zahŕňa:

- 1) monitoring fungovania zariadení pre liečbu alkoholovej závislosti v oblasti dostupnosti služieb v rámci stacionárnej, ambulantnej i ústavnej starostlivosti pre osoby so závislosťami na území samosprávneho kraja;
- 2) hodnotenie kvality služieb v rámci stacionárnej, ambulantnej i ústavnej starostlivosti pre osoby so závislosťami na území samosprávneho kraja a príprava návrhov a odporúčaní v tejto oblasti, vrátane návrhov týkajúcich sa nevyhnutnosti ďalšieho vzdelávania zamestnancov;
- 3) pripomienkovanie krajských stratégií a plánov v oblasti verejného zdravotníctva;
- 4) poskytovanie konzultačných služieb zariadeniam poskytujúcim pomoc v oblasti riešenia problémov týkajúcich sa alkoholových závislostí;
- 5) metodicko-organizačná činnosť v oblasti zberu a spracovania štatistických údajov týkajúcich sa nárastu alkoholovej závislosti a s nimi spojených problémov a liečby

alkoholovej závislosti na území samosprávneho kraja, a tiež hodnotenie zozbieraných údajov;

6) iniciatíva a realizácia činnosti v oblasti pozdvihovania profesionálnej kvalifikácie zamestnancov zariadení, vrátane organizovania stáží a školení;

7) iniciatíva a realizácia činnosti v oblasti pozdvihovania profesionálnej kompetencie osôb spolupracujúcich so zariadeniami na realizácii programových úloh;

8) spolupráca so Štátnou agentúrou pre riešenie problémov s alkoholom a krajským klinickým psychológom.

Krajské centrum pre terapiu alkoholovej závislosti (WOTUW) je súčasťou Špecializovanej nemocnice Dr. Józefa Babińskiego v Krakove – ul. Dr J. Babińskiego 29, 30 – 393 Krakov.

Patria doň nasledujúce jednotky:

1. Detoxikačné oddelenie – 5d
2. Oddelenie terapie alkoholových závislostí, vrátane pridružených diagnóz – 5c
3. Poradňa pre osoby s problémami týkajúcimi sa alkoholu
4. **Kancelária WOTUW-u**
5. **Malopoľské centrum školenia terapeutov v oblasti závislostí (Małopolski Ośrodek Szkolenia Terapeutów Uzależnień - MOSTU).**

Ad1. Detoxikačné oddelenie

Je to lôžkové oddelenie, o prijatí na hospitalizáciu rozhoduje službukonajúci lekár príjmovej ambulancie. Odporúčanie nie je nevyhnutné. Rozhodujúcim faktorom sú výsledky vyšetrenia aktuálneho stavu pacienta. Liečba trvá 7-10 dní.

Oblasť činností:

- liečba abstinenčných príznakov alkoholovej príp. kombinovanej závislosti (alkohol + sedatíva alebo hypnotiká)
- motivácia pacientov k účasti na terapii závislosti na alkohole.

Ad2. Oddelenie terapie alkoholových závislostí, vrátane pridružených diagnóz:

Je to lôžkové oddelenie. Program terapie trvá v priemere 7 týždňov.

Metódy práce :

- Psychoedukácia v oblasti závislosti na alkohole a zotavovania.
- Skupinová psychoterapia:
 - motivačná skupina (práca na zvyšovaní motivácie k liečbe a udržiavanie abstinencie),

- terapeutická skupina (práca na odhaľovaní vlastnej závislosti, budovanie vlastnej identity osôb so závislosťou, odhaľovanie deštruktívnych vlastností alkoholu a psychologických mechanizmov závislosti)

- tréningy schopností podporujúcich zotavenie (tréning asertívneho správania, zvládanie cravingu a návalov zlosti, plánovanie a budovanie podpornej siete).

- Individuálna psychoterapia
- Psychiatrické vyšetrenie a konzultácie
- Stretnutia na duchovné témy s kňazom – terapeutom
- Edukačné filmy
- Stretnutia komunit

Ad3. Poradňa pre osoby s problémami týkajúcimi sa alkoholu

Otváracie hodiny v pracovné dni od 8.00 do 20.00.

Oblasť činností:

1. Posúdenie vhodnosti liečby pre pacientov, diagnostika.
2. Poskytovanie terapie pre osoby závislé na alkohole.
3. Poskytovanie terapie pre osoby spoluzávislé a poradenstvo pre dospelých členov rodín alkoholikov.

Metódy práce:

1. Individuálna psychoterapia
2. Skupinová a párová terapia
3. Psychoedukácia
4. Psychiatrické poradenstvo
- 5.

Ad 4 a 5 Kancelária WOTUW a MOSTU za zaoberajú realizáciou doplnkových činností podporujúcich vyššie spomínanú terapeutickú činnosť. Podrobnejšie informácie nasledujú po opise oddelenia 5c v bodoch „edukačná činnosť” a „spolupráca s inými inštitúciami”.

POPIS PRÁCE ODDELENIA TERAPIE ZÁVISLÝCH NA ALKOHOLE – 5c

(oddelenie, na ktorom sa uskutočnil výskum efektívnosti terapie)

Oddelenie liečby závislých na alkohole 5C sa nachádza v Psychiatrickej nemocnici. Spolupracuje s inými oddeleniami a umožňuje pacientom nemocnice zúčastňovať sa edukačných programov v oblasti závislostí. Pacienti sú prijímaní na základe

predchádzajúceho odporúčania – pacienti detoxikačného oddelenia (5D) a ďalších oddelení nemocnice môžu využiť konzultácie počas hospitalizácie a po odporúčaní na liečbu byť prijatí na oddelenie 5C. Oddelenie prijíma aj pacientov na základe súdneho nariadenia na liečbu v podmienkach denného stacionára.

Kritéria prijatia na lôžkové oddelenie:

- *rozvinutá závislosť- dlhotrvajúce stavy, alkoholové psychózy
- *nemožnosť terapie v mieste bydliska
- *neúspešné terapeutické pokusy v iných formách liečby
- *drastické následky pitia
- *nedostatok podpory v stredisku a potreba korektívneho strediska
- *kombinovaná závislosť.

Kritériá pre zamietnutie prijatia :

- *rozvíjajúce sa abstinenčné príznaky (pacienti sú smerovaní na oddelenie 5D)
- *psychoorganické príznaky – znemožňujú pacientovi porozumieť, akej liečby sa zúčastňuje
- *neprítomnosť akejkolvek motivácie
- *vonkajšia motivácia, ktorá podporuje patologické správanie – lekárske potvrdenie o práceneschopnosti, vyhýbanie sa zodpovednosti napr. pred súdom
- *ak je pre pacienta iná forma liečby výhodnejšia vzhľadom na nadobudnutie motivácie a práce na sebe
- *vážny somatický prípadne psychický stav pacienta

Podmienky prijatia:

- platné a správne vyplnené odporúčanie na liečbu do nemocnice Dr. J. Babińskiego v Krakove, na Oddelenie terapie závislých na alkohole (platné 14 dní), vystavené lekárom prvého kontaktu, Odvykačnou poradňou, psychiatrom s uvedením konkrétnej diagnózy – F10.2 (závislosť na alkohole) ;
- pacient musí byť triezvy (min. 10 dní abstinencie od alkoholu) ;
- potvrdzujúce výsledky vyšetrení: vyšetrenie krvi a moču, AST, ALT, bilirubín (nie staršie ako jeden mesiac) a RTG hrudníka (nie staršie ako 2 roky) ;
- zastabilizovaný psychický a fyzický stav pacienta (pacienti s pridruženými ochoreniami potrebujú potvrdenie od špecialistu, že ich zdravotný stav im umožňuje zúčastniť sa liečby).

Terapia trvá 7 týždňov. Sedenia sa konajú od pondelka do piatku. Proces terapie sa začína edukačným blokom (2 týždne) a prácou v rámci motivačnej skupiny (okolo 3

týždňov), ktorú pacient ukončí pripravením a predstavením vlastnej histórie pitia alkoholu. Táto práca umožňuje pacientovi uvedomiť si, ako sa jeho závislosť postupne vyvíjala a pomenovať jej následky, mechanizmy ochorenia a čo môže posilniť motiváciu ku zmene. Pacienti pripravení na zmenu pokračujú ďalšou prácou v rámci terapeutickej skupiny (okolo 4 týždňov) zameranej na to, „čo robiť preto, aby som sa nevrátil k pitiu“: ako si poradiť s cravingom, aké sú jeho spúšťače, oboznámia sa s odporúčaniami pre alkoholikov, ktorí sa rozhodli pre abstinenciu a nadobúdajú schopnosti riešiť ťažkosti konštruktívnym spôsobom. V piatom až šiestom týždni pobytu sa zúčastňujú tréningu schopností podporujúcich zotavovanie (6 stretnutí), kde si okrem iného nacvičujú (prvky psychodrámy) informovanie o svojej závislosti, odmietnutie alkoholu, budovanie podpornej siete. Pacient má v priemere 3 stretnutia skupinovej terapie počas dňa 8:00-9:15 – Edukácia/ tréning schopností podporujúcich zotavovanie; 9:40-11:50 – motivačná skupina/terapeutická skupina; 15:30-16:30 – motivačná skupina/terapeutická skupina. Pre tých, ktorí majú záujem, sú k dispozícii stretnutia s kňazom. Osoby, ktoré majú osobitné ťažkosti so zvládaním napätia, sa môžu zúčastňovať muzikoterapie (4 stretnutia). Pre osoby s nerozvinutými spoločenskými zručnosťami je k dispozícii tréning spoločenských zručností (6 stretnutí). Raz týždenne sa pacient zúčastňuje individuálnej terapie. Každý pacient má priradeného sprevádzajúceho terapeuta.

Zdravotnícky personál:

- Vedúci oddelenia, psychiater, v procese certifikácie na špecialistu psychoterapie závislostí
- Psychiater a lekári stážisti, terapeuti:
- 4 psychológovia, z toho jeden klinický, špecializácia v psychoterapii závislostí
- 6 špecialistov v psychoterapii závislostí, pedagógovia
- 2 inštruktori terapie závislostí
- Pastier triezvosti, v procese certifikácie na špecialistu psychoterapie závislostí

Zdravotné sestry:

- Vrchná sestra, ukončené štúdium psychologickéj pomoci
- 12 zdravotných sestier

Sekretariát:

Dve zdravotnícky vzdelané asistentky sa zaoberajú spracovávaním dokumentácie, archiváciou, prípravou dokumentov pre prepúšťacie správy, korešpondenciou s úradmi a súdom a poskytovaním informácií.

Oblasť lekárskej činnosti: konzultácie a diagnostika v rámci prijatia na hospitalizáciu, zdravotná starostlivosť pre osoby, ktorým je určená, preskripcia liekov, vystavovanie potvrdení pre príslušné úrady, monitoring priebehu farmakologickej liečby, poskytovaním informácií o zdravotnom stave pacienta, podpora motivácie pacienta k triezvemu štýlu života.

Oblasť terapeutickej činnosti: účasť na rannom stretnutí všetkých terapeutov, vedenie edukačných stretnutí/tréningu schopností podporujúcich zotavovanie, telefonická služba (možnosť konzultácií, telefonickej informácie so slúžiacim terapeutom), konzultácia a diagnostika pacientov pred prípadným prijatím na liečbu, vedenie motivačných/terapeutických skupín, sedenia individuálnej terapie a rodinnej terapie, poskytovanie terapeutickej dokumentácie, účasť na denných stretnutiach klinických pracovníkov, účasť na skupinovej supervízii pacientov, účasť na týždennom stretnutí komunity pacientov.

Hlavnou formou terapie je skupinová terapia posilnená individuálnou terapiou so sprevádzajúcim terapeutom. Medzi techniky psychoterapie patria: mikroedukácia, psychodramatické prvky, kresba, koláž, práca s rodokmeňom, terapeutický rozhovor.

Oblasť ošetrovateľskej činnosti: oboznámenie sa so správou predchádzajúcej služby, meranie tlaku, teploty a hladiny cukru, podanie liekov pacientom, ktorým boli predpísané. O 9:00 účasť na lekárske konzultáciách o pacientoch, ktorí hlásili ťažkosti, rozpis odporúčaní lekára, výmena obvazov i injekcií, pozorovanie a hlásenie, ako sa darí pacientom vyžadujúcim osobitnú starostlivosť (s psychickými alebo fyzickými poruchami). Zdravotné sestry spolupracujú s terapeutmi: zúčastňujú sa klinických stretnutí, supervízie pacientov, poskytujú večernú „bilanciu dňa“ komunite pacientov, kontrolujú prítomnosť pacientov na oddelení, kontrolujú triezvosť pacientov o ktorejkoľvek nočnej či dennej hodine, vydávajú kľúče od terapeutických miestností, jedna zo zdravotných sestier vypomáha s výdajom stravy. Zdravotné sestry sa okrem svojich medicínsko-ošetrovateľských záväzkov venujú dohľadu nad dodržiavaním vnútorného poriadku oddelenia a triezvosťou. Na každej zmene sú prítomné aspoň dve zdravotné sestry.

Prácu zdravotných sestier koordinuje vrchná sestra oddelenia. Do náplne jej práce patrí plánovanie príjmov pacientov, prihlasovanie pacientov na stravu, starostlivosť o technické zariadenia na oddelení, dohľad nad sanitárnou službou na oddelení, objednávanie zdravotníckeho materiálu, poskytovanie elektronickej ošetrovateľskej dokumentácie, účasť na rannej vizite, organizácia odborných konzultácií. Vrchná sestra pracuje denne od pondelka do piatku. Ostatné sestry pracujú na zmeny.

Oddelenie riadi vedúca oddelenia. Rozhoduje o organizácii práce terapeutického tímu, lekárskeho tímu, komunite pacientov, stážistov a praktikantov. Zúčastňuje sa ranných vizít a klinických stretnutí a skupinových supervízií pacientov. Podporuje vzájomnú spoluprácu všetkých zamestnancov oddelenia.

Oddelenie 5C má k dispozícii dve poschodia. Na jednom z nich sa nachádzajú štyri terapeutické miestnosti, ambulancie terapeutov, lekárov, spoločenská miestnosť a sekretariát. Na druhom sú 2-5 lôžkové izby pre pacientov, spoločenská miestnosť, sesterská izba, ambulancia. Jedáleň sa nachádza na prízemí a slúži aj pacientom z iného oddelenia.

Na oddelení je 70 pacientov. Každý týždeň o rovnakom čase sa koná stretnutie celej komunity s personálom oddelenia, na ktorom sú pacienti informovaní o aktualitách, a kde zároveň môžu vyjadriť všetky svoje otázky a pripomienky. Toto stretnutie moderuje predseda komunity alebo jeho zástupca, ktorého si počas týždňa zvolia pacienti. Rada komunity pacientov je zodpovedná dbať o primerané spolunažívanie na oddelení.

Pacienti oddelenia majú možnosť zúčastňovať sa stretnutí AA, ktoré sa konajú týždenne v budove nemocnice.

2.4 Charakteristika z pohľadu systému a štruktúry liečby závislosti v SR

Odborný liečebný ústav psychiatrický, n. o. Predná Hora je nezisková organizácia poskytujúca všeobecne prospešné služby. Organizácia vznikla transformáciou štátnej príspevkovej organizácie k 1. 8. 2005, pričom zakladateľmi sú Slovenská republika v zastúpení Ministerstva zdravotníctva SR a právny subjekt ZÁVISLOSTI, s.r.o. Organizácia bola zaregistrovaná Krajským úradom v Banskej Bystrici a bolo jej pridelené IČO. OLÚP, n. o. Predná Hora má správne a kontrolné orgány (správnu radu a dozornú radu) a štatutárneho zástupcu (riaditeľa organizácie).

OLÚP, n. o. Predná Hora –je poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v oblasti liečby závislostí všetkých druhov a liečby psychických porúch. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti je realizované formou ústavnej zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria a medicína drogových závislostí a formou ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Patria sem ambulancie v odbore psychiatria, medicína drogových závislostí, klinická psychológia, dopravná psychológia a zariadenia klinická biochémia s hematologickým úsekom, klinická mikrobiológia, fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia. OLÚP, n. o. Predná Hora

d'alej na základe povolenia vykonáva výrobu stravy v rámci liečebnej výživy a stravovania, publikačnú a prednáškovú činnosť a prevádzkové činnosti spojené s výkonom hlavnej činnosti (pranie prádla, údržbu apod.)

Hlavná činnosť

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti je realizované formou **ústavnej lôžkovej starostlivosti a ambulantnou formou**. Do tohto procesu sú zapojené aj **spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky** (laboratóriá, pracovisko fyziatrie a liečebnej rehabilitácie) a oddelenie liečebnej výživy a stravovania. V rámci nej je pacientom poskytovaná komplexná lekárska, psychoterapeutická a ošetrovateľská starostlivosť zahŕňajúca diagnostiku i liečbu látkových a nelátkových závislostí a tiež psychických a somatických ochorení spojených so závislosťami.

Lekárska starostlivosť o pacientov so závislosťami zahŕňa v sebe starostlivosť o somatické i psychické zdravie. Pacientom je poskytovaná prostredníctvom tímu lekárov, špecialistov v odboroch psychiatria, medicína drogových závislostí, vnútorné lekárstvo, klinická biochémia a fyziatria, balneológia, liečebná rehabilitácia. Pri nástupe na liečbu je každý pacient komplexne vyšetrený lekárom včítane posúdenia vstupného laboratórneho screeningu, ktorý zahŕňa vyšetrenia zamerané na funkciu pečene, obličiek, na metabolizmus glukózy a tukov, na hladinu minerálov. U pacientov sa vyšetruje EKG, hodnoty TK a ďalšie parametre podľa potreby (EEG, USG, ventilometrické vyšetrenie...). V prípade zistenia pridružených ochorení, ktoré vyžadujú konzílium ďalších špecialistov, spolupracuje OLÚP, n. o. s najbližšími zdravotníckymi zariadeniami v Revúcej, Poprade a Brezne, kde sú pacienti podrobení potrebným špeciálnym vyšetreniam event. absolvujú krátku diagnostickú hospitalizáciu pri dočasnom prerušení liečby závislostí.

Psychologická - psychoterapeutická starostlivosť pozostáva z dvoch základných činností:

1. Psychodiagnostika – podieľajú sa na nej: 1 školená psychologická laborantka, ktorá administruje a kvantitatívne vyhodnocuje používané psychodiagnostické metodiky, 4 klinickí psychológovia a 4 neklinickí psychológovia, ktorí psychologické vyšetrenia interpretujú a spracovávajú do správy o psychologickom vyšetrení. Na rozšírenie a objektivizovanie údajov získaných klasickou psychodiagnostikou sa využívajú aj psychofyziologické diagnostické metódy.

2. Psychoterapia – OLÚP, n. o. Predná Hora je zariadenie režimového typu, v ktorom základný terapeutický prístup vychádza z modelu kognitívne - behaviorálnej terapie. Terapeutická práca spočíva v práci s veľkou skupinou a v skupinovej terapii. Pacienti v režimovej liečbe sa zúčastňujú edukačných skupín (asertivita, protistresová, antidepresívna, protifajčiarska, resocializačná, recidívy, cravingová skupina a skupina so súdnym nariadením liečby, sociálno-právne poradenstvo, základy finančnej gramotnosti, uplatnenie sa na trhu práce, separácia odpadu). Skupinová psychoterapia je vedená podľa teoretickej orientácie jednotlivých terapeutov (Katatýmne imaginatívna psychoterapia, Adlerovská individuálna psychoterapia, Systemická psychoterapia, Geštalt psychoterapia, KBT). Podporný proces v liečbe závislosti je umocnený arteterapiou, ergoterapiou, videoterapiou, liečebnou telesnou výchovou, terapiou učením (anglický jazyk, práca s počítačom), biblioterapiou, autogénnym tréningom a pod. Práca psychológa a psychoterapeuta podlieha pravidelným supervíznym stretnutiam, odborne, po kvalitatívnej stránke sa rozvíja a smeruje tak k vytváraniu štandardov v liečbe závislostí.

Ošetrovateľská starostlivosť o závislých pacientov vychádza z uspokojovania ich bio-psycho-sociálnych potrieb. V procese liečby poskytuje ošetrovateľskú a psychoterapeutickú starostlivosť sestra. Skúma a zaznamenáva správanie pacienta, spoločne s ostatnými členmi terapeutického tímu. Edukuje o následkoch užívania drog a o rizikách potenciálneho návratu k ich užívaniu. Objasňuje pacientovi jeho problémové správanie a snaží sa mu pomáhať rozpoznať jeho časté vyhýbanie sa zodpovednosti. V terapeutickej komunite podporuje jeho účasť na aktivitách, na fyzickom cvičení a rozvíjaní nových záujmov. Poskytuje mu štruktúrované prostredie, rozvrh plný aktivít, na mieru ušitým manažmentom času (program dňa). Nepretržite monitorujeme abstinenciu pacienta a spoločne hľadá krátkodobé, či dlhodobé ciele vhodné pre zmenu životného štýlu.

3. Psychoterapia

Psychoterapia je kľúčovým prvkom pri liečbe závislosti (napr. Rotgers, 1999, Nešpor a Csémy, 1996, Miovský a Bartošíková in Kalina et al., 2003). V druhej kapitole sme hovorili o niektorých konkrétnych psychoterapeutických prístupoch, ktoré sa využívajú pri liečbe závislosti, v tejto kapitole zameriame krátko pozornosť na to, akým spôsobom v psychoterapii dochádza k zmene, ako ju meriame a k faktorom, ktoré proces psychoterapie ovplyvňujú.

Pre účely našej práce bude postačovať len krátke vymedzenie psychoterapie. Vymetal (1992, s.14) vymedzuje psychoterapiu ako „interdisciplinárny model, ktorý vychádza z psychológie a pomáha človeku prostredníctvom psychologických prostriedkov v dosahovaní normality.“ Kratochvíl (2002, s.13) hovorí, že psychoterapia je „liečebná činnosť, liečebné pôsobenie, špecializovaná metóda liečenia alebo súbor liečebných metód, zámerné ovplyvňovanie, proces sociálnej interakcie.“ Ďalej tento výpočet rozvíja vo svojom vysvetlení, čím a na čo pôsobí, čoho sa má dosiahnuť, čo sa pri nej deje a kto pôsobí.

3.1 Fázy zmeny v psychoterapii

V tejto časti hovoríme o dvoch modeloch, ktoré nie sú previazané so žiadnou konkrétnou terapeutickou školou, ktoré sú transteoretické, ale sú úzko spojené s našou prácou.

a) Transteoretický model Prochaska a DiClemente

Prochaska a Norcross (1999) uvádzajú päť už spomínaných štádií zmeny klientov v terapeutickom procese podľa modelu Prochasky a DiClementa a tiež ho sledovali pri liečbe závislostí:

1. **prekontemplácia** – štádium, v ktorom nie je zámer zmeny správania v dohľadnej dobe. Charakteristické je, že človek v tomto štádiu nevníma problém.
2. **kontemplácia** – štádium, v ktorom si človek už problém uvedomuje a zaoberá sa ako tento problém zvládnuť, ale zatiaľ sa nerozhoduje pre nejakú akciu. V tomto období je možno zotrvať dosť dlhú dobu.
3. **příprava** – ide o štádium, v ktorom sa už kombinuje zámer s istými zmenami v správaní. Nedosahujú však kritéria pre účinnú akciu.

4. **akcia** – štádium, v ktorom človek už mení svoje správanie takým spôsobom, aby svoje problémy prekonal. V tomto štádiu sú zmeny v správaní dobre pozorovateľné z vonku.

5. **udržanie** – štádium, v ktorom dochádza k stabilizácii zmeny v správaní.

Význam modelu Prochasky a DiClementa spočíva v tom, že nám ukazuje, že v rôznych fázach terapeutického procesu je potrebné uplatňovať iné terapeutické stratégie a úlohou terapeuta je byť zladený so štádiom, v ktorom sa klient nachádza. Pôvodne Prochaska a DiClemente vnímali svoj model ako lineárny. Ale ako vieme, že recidíva je u závislostí skôr pravidlom ako výnimkou a u veľa klientov dochádza k regresii na skoršie stupne štádia zmeny, je tiež dôležité pracovať s touto skutočnosťou. Negatívne vnímané zlyhanie s pocitmi ako rozpaky, hanba, pocity viny, klientov často demoralizujú a môžu spôsobiť, že sa vráti späť do štádia prekontemplácie a môže v ňom zotrvať aj dlhšiu dobu. V praxi sa však ukazuje, že väčšina klientov „neregreduje až na úplný začiatok“ (Prochaska, Norcross, 1999, s.398) a má možnosť sa poučiť zo svojich chýb a urobiť niečo iné ako naposledy.

Vo výskume Demmela a kol. (2004) v Nemecku testovali tento transteoretický model Prochasky, DiClementa na vzorke 350 hospitalizovaných pacientov závislých od alkoholu. Ďalej boli pacienti sledovaní tri mesiace po ukončení liečby. Pomocou dotazníka Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) zistili, že korelácie medzi výsledkami v liečby a abstinencii po 3 mesačnom sledovaní s modelom pripravenosti k zmene sú sice nízke, ale aj napriek tomu potvrdzujú model zmeny Prochasky a DiClementa. Tento model zmeny využívajú tiež vo svojom prístupe posilňovania motivácie Miller a Rollnick (bližšie viz. str. 24).

b) Fázový model psychoterapie

Howard et al. (cit. podľa Timuľáka, 2005, s.116) testovali teoretický fázový model psychoterapie, ktorý predpokladá tri fázy zlepšenia klienta v psychoterapii.

1. **remoralizácia** (remoralization) – dochádza k zlepšeniu klientom subjektívne vnímaného pocitu životnej pohody (well-being). Klient opäť mobilizuje svoje copingové stratégie, spúšťajú sa procesy práce na vlastnom probléme po počiatočnom upadnutí do beznádeje a stavu bezmocnosti.

2. **náprava** (remediation) – dochádza k redukcii symptómov, respektíve prežívania životných problémov.

3. **rehabilitacia** (rehabilitation) – tuto fázu charakterizuje zlepšenie v celkovom životnom fungovaní. Môže ísť o osobnostný rozvoj, udržovania ziskov s psychoterapie, alebo prevencie relapsov.

Vo výskume sa ukázalo (stav klientov sa zisťoval po druhom, štvrtom a sedemnástom sedení), že zmeny v subjektívne prežívanom pociťovaní životnej pohody predchádzali zmenám v symptómoch a zmena v symptómoch predchádzala zlepšeniu v celkovom fungovaní. Tento fázový model zmien sa stal podkladom pre zostrojenie dotazníka CORE-OM pre meranie efektu psychoterapie (Bieščad, 2009).

3.2 Premenné na strane klienta a efekt psychoterapie

Dôležitou súčasťou skúmania v psychoterapii je tiež vzťah charakteristík klientov a efektu psychoterapie. Týmto témam sa venoval napríklad Clarkin a Levy (2004) alebo Garfield (cit. podľa Timuláka, 2005). Zistili, že zo sociodemografických charakteristík ako sú vek alebo pohlavie klienta, tieto premenné nemajú výrazný vplyv na efekt terapie. Z osobnostných charakteristík môžu zohrávať pozitívnu rolu pre priebeh psychoterapie napr. vyššie IQ, malá rigidita, bohatosť záujmov. Podobne pozitívnym znamením pre priebeh a celkový efekt psychoterapie môže byť:

- **klientove pozitívne očakávanie zmeny** – Clarkin a Levy (in Lambert et al., 2004, s.205) uvádzajú množstvo štúdií, z ktorých vyplýva, že klientove očakávanie má vzťah k dĺžke liečby. Pokiaľ ide o výsledky liečby, zistenia nie sú až tak jednoznačné a neukazujú jasne, že klientove očakávanie má pozitívny vplyv na výsledok liečby.
- **psychodynamický koncept sily ega** – Pre toto tvrdenie nasvedčovala rada výskumov, napr. Menningerský psychoterapeutický projekt Kernberga a kol.. Sú však aj výskumy (napr. Luborky a kol. (1980) a ďalší), ktoré tento koncept nepotvrdzujú a Clarkin a Levy (in Lambert et al., 2004) uzatvárajú, že koncept sily ega se čiastočne premieta do terapeutického procesu (napr. prostredníctvom utvárania terapeutického spojenectva a schopnosti dosiahnutia vhl'adu), ale priama spojitosť s efektom psychoterapie si vyžaduje ďalšie skúmanie (ibid., s.207).
- **schopnosť psychologického uvažovania** – V komparatívnej štúdii Piper et al. (1984), cit. podľa Clarkin a Levy (in Lambert et al., 2004, s.207) bolo zistené, že schopnosť psychologického uvažovania pozitívne koreluje s výsledkami v krátkodobej skupinovej psychoterapii, ale nie je prediktorom pozitívneho výsledku

v ostatných troch formách psychoterapie (dlhodobá skupinová, dlhodobá individuálna a krátkodobá individuálna terapia). Autori vyslovujú hypotézu, že ľudia so schopnosťou psychologického uvažovania môžu viac ťažiť v interpretatívnej terapii, v ktorej sa vnútorné konflikty otvárajú, zatiaľ čo ľudia s nižšou schopnosťou psychologického uvažovania môžu viac ťažiť z podpornej terapie, kde vnútorné konflikty nie sú explorované.

- **štádium pripravenosti na zmenu** – tiež aj tu výsledky nie sú jednoznačné. Podľa modelu Prochasky a DiClementa sa pri liečbe závislosti ukázalo, že štádia zmeny nie sú jasným prediktorom úspechu pri liečbe. Môžu byť použité k naplánovaniu intervencií, ale musia byť vzaté v úvahu aj ďalšie klientove problémy.
- Ďalej autori uvádzajú z dôležitých premenných **sympatie klienta k terapeutovi**, ktoré tiež hrajú podľa nich v procese psychoterapie dôležitú úlohu.
- **Negatívna úloha** v procese psychoterapie môže zohrávať vážnosť a šírka vstupných problémov, najčastejšie to podľa Clarkina a Levyho (in Lambert et al., 2004) býva komorbidná porucha osobnosti.

Jednou z najčastejších sledovaných kategórií v interpersonálnom správaní je terapeutické spojenectvo. Klientove minulé interpersonálne vzťahy a súčasná schopnosť budovať pozitívne vzťahy s terapeutom sú veľmi dôležité pre pokračovanie terapie a ich výsledok. Pretože však niekedy klienti v terapii prichádzajú s tak vážnymi problémami v interpersonálnych vzťahoch, ktoré sa potom tiež odrážajú v terapeutickom vzťahu, je potreba aby terapeuti boli „experti v podporovaní vzťahu s jedincami, ktorí s nimi sami majú problémy“ Clarkin a Levy (in Lambert et al., 2004, s.211).

Ako sa ukazuje, zistenia v tejto oblasti prinášajú niekedy protichodné výsledky. Problémom sú podľa Timuľáka (2005) tzv. **prekrývajúce sa premenné** (confounding variables). Ak chceme odlíšiť nejakú premennú od druhej, je problémom zaistiť kontrolu ďalšej premennej, ktorý výsledok v praxi ovplyvní. Dôležitým zistením pre prax napríklad priniesol výskum Blata et al. (cit. podľa Timuľáka, 2005, s.126), ktorý skúmal prognózu dvoch rôznych typov depresie. Zistilo sa, že negatívnym prediktorom vplyvu psychoterapie v liečbe depresie je vysoká škála perfekcionizmu klientov.

3.3 Meranie efektu psychoterapie

Najčastejším spôsobom merania efektu psychoterapie sú dotazníky. Pôvodne sa veľmi používali osobnostné dotazníky, napr. MMPI. Problémom osobnostných dotazníkov

však je, že merajú relatívne stabilné rysy osobnosti a nie vždy sú citlivé na zachytenie aktuálnych problémov, ktoré sú psychoterapeuticky ovplyvniteľné. Preto vhodnejším spôsobom posudzovania vplyvu je zachytenie pomocou dotazníkov, ktoré sú zamerané na symptómy, ako sú napr. SCL-90 alebo BDI, ktoré sme vo výskume použili aj my. V dnešnej dobe už máme priamo skonštruované dotazníky určené priamo pre meranie vplyvu psychoterapie. Vychádzajú podľa Timuľáka (2005) z dimenzií, ktoré sú citlivé na psychoterapeutickú zmenu.

4. Psychoterapia a liečba závislosti

"Liečba osôb závislých od alkoholu a riešenie biologických, psychologických a sociálnych problémov, ktoré sú s tým spojené, spočíva v nasledujúcom: uberať na sile a energii deštruktívnym, degradujúcim tendenciám v myslení a správaní jednotlivcov tým, že rozvíjame tendencie konštruktívne a vytvárame tak progresívnu prevahu." (Skála, 1987, s.73).

Prístup liečby závislostí je interdisciplinárny podľa bio-psycho-sociálneho modelu. Zahrňuje okrem psychologickej komponenty tiež zložku medicínsku, hlavne pri rozvinutejších formách závislosti alebo situáciách ohrozujúcich život, rovnako tak aj sociálnu zložku. Ľudia s problémom závislostí sa často stretávajú s negatívnymi sociálnymi dôsledkami svojho správania. Ako uvádza Miovský (in Kalina et al., 2003), metódy a prístupy pri liečbe musia odrážať komplexnosť problému závislosti na návykových látkach a vzájomnú previazanosť jednotlivých metód je podmienkou dobre fungujúceho a efektívneho programu. V kontexte našej práce nás však teraz bude najviac zaujímať psychoterapeutická rovina. Ako zdôrazňuje Nešpor a Csémy (1996), tá je považovaná za podstatnú časť liečebného programu.

4.1 Rola psychoterapie v liečbe závislostí

Kalina (in Kalina et al., 2003, s.101) uvádza najčastejšie problémové oblasti u klientov v liečbe:

1. *„1. Problémy, ktoré súvisia s alkoholom a liečbou – craving, pochybnosti o zmysle a schopnosti dosiahnuť život bez alkoholu, malá schopnosť vyhnúť sa alkoholu a rizikovým situáciám, pesimizmus vo vzťahu k liečbe, dlhodobá váhavosť a nerozhodnosť.*

2. *problémy sebaapoňatia – nedostatok sebaúcty, nízka sebadôvera, nízke vedomie stotožnenia sa s vlastným telom necitlivosť k vlastným emóciám, potlačovanie negatívnych pocitov.*
3. *problémy ktoré súvisia so vzťahmi – nízka asertivita, zraniteľnosť a urážlivosť, uzavretosť, účelové konanie a manipulácia, povrchnosť, osamelosť, psychosexuálne problémy.*
4. *problémy v sociálnych vzťahoch – nedostatok komunikačných schopností a zručností, chybné porozumenie situácii, nezodpovednosť za svoju sociálnu rolu, nedostatok pracovných a kultúrnych návykov, neschopnosť plánovať.“*

Uvedené problémy spolu súvisia. Podľa Kaliny (in Kalina et al., 2003) problémy, ktoré súvisia s liečbou a vzťahom k alkoholu, sú prepojené s problémami k sebaapoňatiu. Seba ponímanie úzko súvisí so vzťahmi, a problémy vo vzťahoch a problematické sociálne schopnosti utvárajú rizikové situácie pre recidívu. Všetky oblasti, ktoré Kalina uvádza, sú ovplyvniteľné psychoterapeuticky.

4.2 Výskumy liečby závislostí

Prehľad najdôležitejších záverov z výsledkov výskumu terapeutických komunit pre drogovu závislých podáva Kalina (2008a). Liečba kratšia ako 3 mesiace sa nepokladá za účinnú a pre liečbu v rozmedzí 3–12 mesiacov platí priama úmera, čím dlhší je pobyt klienta v komunite, tým je pre klienta prospešnejší. Prínos pre klientov zvyšuje práca s rodinným systémom, viac skupinových terapií a vedenie klientov k práci. Osobnostné charakteristiky nie sú zásadne významné pre prospech z liečby, s výnimkou vysokej miery psychopatológie a kriminálneho správania. Dôležitý je tiež vek klienta, pri ktorom vzniká závislosť. „Závislosť, ktorá vznikne až po 20. roku veku, má až trojnásobne priaznivejšiu prognózu ako závislosť, ktorá vznikla vo veku nižšom ako 16 rokov pri porovnateľnej intenzite poskytovanej starostlivosti“ (Kalina, 2008a, s.259). Nejednotnosť vo výskumoch sa mimo iného prejavuje v tom, že sa značne líši pohľad na to, čo môžeme pokladať za úspech v liečbe. Podľa Kaliny (2008a) sa pohľady líšia od zotrvania v liečbe, cez početnosť relapsov a typu drogy až po úplnú abstinenciu a kombináciu všetkých týchto

možností so socio-psychologickým stavom klientov. Niektorí autori podľa neho tolerujú spoločensky akceptované drogy ako je marihuana či užívanie alkoholu, ktoré neprekračuje spoločensky tolerovaný rámec. Baviac abstinencia nie je sama o sebe považovaná za spoľahlivý ukazovateľ dobrej prognózy. A tu je potreba dosiahnutia ďalších dôležitých zmien v spôsobe života. Abstinenciu môžeme chápať ako prostriedok, nie ako cieľ.

4.2.1 Výsledky liečby závislostí vo svete

Existuje veľa štúdií posudzujúcich výsledky liečby závislosti a nie je v našich silách sa všetkými zaoberať, preto vyberieme len niektoré najdôležitejšie alebo pre nás významné. V prvej veľkej štúdií v USA (Drug Abuse Reporting Program – DARP) v rokoch 1969–1973 bolo sledované 44000 klientov vo viac než 50 liečebných programoch (Simpson, Sells, cit. podľa Pathways of Addiction, 1996) časť klientov bola katamnesticky sledovaná po 6 a 12 mesiacoch po liečbe. Ďalšia veľká štúdia bol projekt Treatment Outcome Prospective Study (TOPS), ktorý zahrňoval takmer 12000 klientov v 41 liečebných programoch (Hubbard et al., cit. podľa Pathways of Addiction, 1996). Klienti boli sledovaní päť rokov po ukončení liečby. Tieto dva štúdie ukázali, že 30 – 50 % klientov sú schopní po liečbe zachovať abstinenciu. Ďalším významným zistením bolo, že pozitívne liečebné výsledky sú spojené s dĺžkou liečby, kedy 3 mesiace je minimálna doba, aby bolo možné rozmýšľať o úspešnosti liečby. Ale i pre klientov, ktorí abstinovali nedokázali, benefitom z liečby často bolo zníženie užívania drog a kriminálna činnosť. Ďalšia veľká štúdia v USA bol podľa Simpsona et.al. (1997) projekt Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS) z rokov 1991-1993 zahrňujúci okolo 10000 klientov. Klienti boli sledovaní tiež jeden rok a päť rokov po ukončení liečby. Liečba prebiehala v 96 rôznych programoch v 4 základných modalitách: dlhodobá rezidenčná liečba, krátkodobá hospitalizácia, substitučná liečba a ambulantné programy. V Európe bol významný anglický projekt NTORS (National Treatment Outcomes Research Study), ktorý podľa Gossopa et.al. (2001) prebiehal v rokoch 1995 – 2000 a ktorý zahrňoval 1075 klientov. Na tento projekt naväzoval podľa Jonesa et.al. (2009) podobný výskum The Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS) so vzorkou 1796 klientov. Výsledky sú celkovo relatívne povzbudivé. Ukazuje sa, že približne 40% klientov je schopné dlhodobo abstinovať od návykových látok. Ostatným klientom znova liečba prináša zlepšenie zdravotného a psychického stavu, vyžaduje menej ďalšej odbornej starostlivosti, znižuje sa rizikovosť ich správania (menej návykových látok, menej rizikových spôsobov aplikácie

ako je injekčná aplikácia apod.), antisociálne správanie. Ďalšou významnou štúdiou, v oblasti závislosti zrejme najvýznamnejšou, bol MATCH projekt, ktorý skúmal účinnosť troch foriem psychoterapie u ľudí závislých od alkoholu a ďalej interakcii charakteristík klientov z výsledkami ich liečby (NIAAA, 1998 alebo Timuľák, 2005). Tromi liečebnými spôsobmi boli kognitívne behaviorálna terapia (KBT), motivačno posilňujúca terapia (Motivational enhancement therapy – (MET) a 12 kroková facilitácia (Twelve step facilitation - TSF), individuálna forma liečby využívajúca 12 krokový model Anonymných alkoholikov. Liečba trvala 12 týždňov. Efekt liečby sa meral každý týždeň v priebehu liečby a po jej skončení až po dobu 3 rokov. Zistilo sa, že všetky tri druhy terapie boli približne rovnako efektívne. Hlavným ukazovateľom úspešnosti bol počet dní v mesiaci, kedy abstinovali a množstvo vypitého alkoholu v deň, kedy abstinenciu porušili. Ukázalo sa, že u ľudí, ktorí predtým absolvovali nejakú formu rezidenčnej liečby, bol výsledok skoro 100% dní v mesiaci bez alkoholu, u ľudí bez predchádzajúcej rezidenčnej liečby sa výsledok pohyboval okolo 90%. Pokiaľ ide o testovanie interakcie typu vhodnej liečby podľa charakteristík klientov, boli zistené len tri súvislosti. U klientov s vysokou úrovňou hnevu bola motivačno posilňujúca terapia MET efektívnejšia ako kognitívne behaviorálna terapia (KBT) a 12 kroková facilitácia (TSF), naopak u klientov z nižšou úrovňou hnevu sa ukázalo MET ako menej efektívna. Po troch rokoch v katamnestickom sledovaní sa tiež ukázalo, že pokiaľ klienti žijú v prostredí, ktoré ich v pití podporuje, 12 kroková facilitácia (TSF) je efektívnejšia ako motivačno posilňujúca terapia (MET). Ďalej sa zistilo, že v prvých 9 mesiacoch po liečbe klientom s nižšou úrovňou psychiatrickej patológie sedí skôr 12 kroková facilitácia (TSF) ako kognitívne behaviorálna terapia (KBT). A posledným zistením je, že klienti s nižšou úrovňou závislosti viac profitujú z kognitívne behaviorálnou terapiou (KBT) oproti 12 krokovej facilitácii (TSF), u klientov s vyššou úrovňou závislosti tomu bolo naopak.

Výskum Vielvy a Iraurgy (2001) v Španielsku sa zaoberal kognitívnymi a behaviorálnymi prediktormi abstinencie po liečbe u 201 závislých jedincov od alkoholu. Zistili, že najlepším prediktorom v štúdiu po šesťmesačnom katamnestickom sledovaní je vlastná vnímaná sebaúčinnosť (self-efficacy) a dlhé predchádzajúce obdobie abstinencie. U ostatných sledovaných premenných nebolo zistené, že by boli prediktormi budúcej abstinencie.

4.2.2 Výsledky liečby závislostí v ČR

V Českej republike významnejšie výskumy v oblasti závislostí doposiaľ prakticky absentujú. Ojedinelým výskumom stále zostáva historická práca Kubička (1975), ktorý v rokoch 1970-1971 sledoval 209 pacientov, ktorí sa liečili v Apolinári. Pacienti boli po liečbe ďalej sledovaní v jednoročnej a trojročnej katamnéze. Cieľom výskumu bolo popísať dynamiku liečby, vyhodnotenie účinnosti a zistenie prediktorov, ktorý majú vplyv na výsledky liečby. Dáta bola zbierané na začiatku liečby (explorácia motivácie k liečbe, psychiatrické vyšetrenie, batéria 7 testov osobnosti, test emočného vyladenia, správy sociálnych pracovníkov), v priebehu liečby (štruktúrovaný rozhovor, test emočného vyladenia, sociometrické indexy, ale tiež hodnotenie terapeutov) a na konci pri prepustení (rozhovor, psychiatrické vyšetrenie, testy osobnosti, test emočného vyladenia) a v katamnéze (rozhovor, test MMPI, správy sociálnych pracovníkov, ktoré zahŕňovali okrem rozhovoru s pacientom i rozhovory s príbuznými a rozhovor v práci s nadriadeným). Z výsledkov tohto výskumu vyplynulo, že v priebehu liečby u prevažnej väčšiny pacientov došlo k výraznému poklesu dysforických stavov, ktoré sú obvyklé na začiatku liečby, a zvyšovanie náhľadu na svoju závislosť. Kritéria úspešnosti liečby boli nastavené prísne ako stopercentná abstinencia od alkoholu. Výsledky liečby ukázali, že 45% pacientov vytrvalo v neprerušenej abstinencii po jednom roku od ukončenia liečby, po troch rokoch od konca liečby to bolo 31% všetkých prijatých pacientov. U pacientov, ktorí riadne dokončili stanovenú liečbu (čo bolo 62% všetkých pôvodne prijatých pacientov), boli výsledky ešte úspešnejšie: 58% pacientov abstinovalo v jednoročnej katamnéze a 44% po troch rokoch. Ale i u pacientov, ktorí si abstinenciu neudržali, došlo k významnému zlepšeniu v sociálnej adaptácii. Pokiaľ ide o prediktory úspešnosti liečby, Kubička (1975) zistil, že pre predpoveď liečebného výsledku je dôležitejší priebeh liečby ako stav pacienta pred liečbou. Ten je spojený s rastúcim náhľadom na vlastnú závislosť a s osvojením lojálneho postoja k liečbe. Ďalej vplyv na úspešnosť liečby podľa Kubička majú skupinová morálka a celková terapeutická atmosféra. Z osobnostných vplyvov pred liečbou pacienta autor zmieňuje stabilitu rodinných vzťahov pacienta a tiež jeho sociálnu integráciu, ktorá rozumie neprítomnosť antisociálnych tendencií pacienta. Na túto prácu ďalej naviazali Kubička a Skála (1982), ktorí zisťovali, akým spôsobom dĺžka liečby 6 alebo 13 týždňov ovplyvňuje výsledok liečby u ľudí závislých od alkoholu v jednoročnom, trojročnom a päťročnom katamnestickom sledovaní. Opäť išlo o výskum prevedený v pražskom Apolinári. Pacienti (n=297) boli v rokoch 1971–1973 náhodne priradení do skupín so

stanovenou dĺžkou liečby 6 alebo 13 týždňov. Autori zistili, že rozdiely medzi 6 alebo 13 týždňovou liečbou pri vplyve na výsledok liečby sú takmer vo všetkých ukazovateľoch štatisticky nevýznamné. Výnimku tvoria výsledky po piatich rokoch od liečby, kedy pacienti s dlhšou dobou liečby mali lepšie ukazovatele úspešnosti liečby, ktoré však neboli štatisticky významné. Autori tak uzatvárajú, že sa nepreukázal vplyv dĺžky liečby na úspešnosť liečby. Ďalšou zaujímavosťou tohto výskumu bolo skúmanie vplyvu interakcie vstupných charakteristík pacienta na možnú dĺžku liečby. Tá bola stanovená na základe sociálnej anamnézy a somatickej závislosti od alkoholu. Zisteným bol vplyv rodinného stavu na výsledok liečby, ktorý ukazuje, že dlhšia doba liečby by mohla byť indikovaná u ľudí, ktorí nežijú v manželstve. U iných charakteristík štatisticky významné rozdiely neboli zistené. V rokoch 2007-2011 prebehla prvá longitudinálna štúdia sledovania efektu liečby v piatich terapeutických komunitách s názvom Evaluácia výsledkov liečby v terapeutických komunitách (EVLTK), ktorá sa inšpirovala anglickým projektom NTORS (National Treatment Outcomes Research Study). Klienti boli testovaní pri nástupe na liečbu, ďalej pri ukončení a tiež katamnesticke po 3, 6 a 12 mesiacoch od ukončenia liečby. Cieľom bolo poskytnutie detailných informácií o správaní klientov pred zahájením liečby v terapeutických komunitách, popísať proces liečebných intervencií a sledovanie zmien v správaní klientov do obdobia jedného roku od ukončenia liečby v terapeutickej komunite. Prvé dáta z výskumu za rok 2007 sú spracované v štúdií Šefránka (2008) a zhrňujú prvé dostupné výsledky z vybraných vstupných dát. Významná práca Charváta (2009), ktorý skúmal vybrané osobnostné charakteristiky pomocou dotazníka NEO-PI-R u pravidelných a dlhodobých užívateľov konopných drog. Na vzorke 99 klientov vybraných pomocou metodiky snehovej gule a účelového výberu a vzorke 35 odborných pracovníkov dospel k záverom, ktoré sa z väčšej časti zhodujú s ostatnými výskumami. Zistil, že tieto osoby charakterizuje zvýšená extravergia, zvýšená otvorenosť voči skúsenosti a znížená svedomitosť.

4.2.3 Ďalšie výskumy v ČR a na Slovensku v oblasti závislostí

Súčasný výskum liečby závislých od návykových látok, ako uvádza Šefránek (2008), sú v Českej republike náhodné a nie sú používané štandardizované nástroje a jednotná metodika, ktorá by umožnila porovnanie validných výsledkov a tiež chyba zhoda v tom, čo vlastne máme sledovať a hodnotiť, čo je možné považovať za relevantný výsledok liečby. Takže ďalšie výskumy v oblasti adiktológie a psychologického výskumu

uvádzame len ako ich početnosť. Doležalová (2006) sledovala kvalitu života drogov závislých v terapeutických komunitách, Tumpachovu (2005) zaujímal zmysel života klientov v priebehu liečby závislosti na plzenskej psychiatrickej klinike v priebehu 6 týždňovej liečby. Červená (2007) skúmala obranné mechanizmy u osôb závislých od alkoholu. Pokoru a Jochmanovú (2002) vo výskume na psychiatrickom oddelení v Brne zaujímalo, či vysokoškolské vzdelanie pacientov má do budúcnosti priaznivejšiu prognózu. Ďalšie výskumy, prevažne kvalitatívne, vznikli v rámci pregraduálneho štúdia na univerzitách. Na Slovensku sledovali Komadová a Heretik (2002) osobnostné charakteristiky ľudí závislých od alkoholu so sociálnou fóbiou. Okruhlica, Bajcarová a Klempová (2002) zisťovali intenzitu depresie u pacientov so závislosťou od alkoholu. Benkoviča a Garaja (2009) zaujímala kvalita života a ich zmena v priebehu liečby u ľudí závislých od alkoholu. Banský a Heretik (2004) skúmali faktory sebaúčinnosti (self-efficacy) u ľudí závislých od alkoholu pomocou experimentu, akým spôsobom ovplyvňuje zlyhanie vo výkonovej úlohe ich sebahodnotenie a následný odhad ich schopnosti abstínovať.

2. časť VÝSKUMNÁ ČASŤ

1. Cieľ výskumu a formulácia výskumných otázok

Hlavným cieľom výskumu bolo porozumieť procesu psychoterapeutickej zmeny v priebehu liečby a to v závislosti od dĺžky liečby a závažnosti stavu pri prijatí (objektívne i subjektívne vnímaného), i iných premenných (pridružená psychiatrická diagnóza, sociálne zázemie, existencionálne hodnoty)

Podrobné monitorovanie vývoja psychického stavu pacienta počas liečby a jej efektivity pomocou nástrojov merania validizovaných a štandardizovaných pre slovenskú populáciu a tiež zmapovanie schopnosti pacienta konceptualizovať svoje aktuálne problémy.

Identifikovanie premenných, súvisiacich s predčasnými dobrovoľnými odchodmi z liečby, s cieľom do budúcnosti ich predikovať a predchádzať im.

Mapovanie zmien v jadrových vzťahových vzorcoch smerom k sebe a k vlastnej závislosti v priebehu liečby.

Výskumné otázky:

1. Aký je stav pacientov v SR, ČR a Poľsku, čo sa týka symptómov závislosti, v čase príchodu na liečbu?

2. Aký je rozdiel v psychopatologických fenoménoch v jednotlivých etapách hospitalizácie (začiatok, 6. t. liečby, koniec skôr ako v 12 t., koniec v 12 t.) u týchto pacientov?

3. Aký je rozdiel v štádiách zmeny v jednotlivých etapách hospitalizácie (začiatok, 6. t. liečby, koniec skôr ako v 12 t., koniec v 12 t.) u týchto pacientov?

1.1 Etika výskumnej práce

1.1.1 Autorská etika. Všetky uvedené pracoviská participujúce na výskume vyjadrili výslovný súhlas s použitím údajov a prehlásením, že autor diplomovej práce sa aktívne podieľal na vypracovaní projektu, koordinoval výskum za OLÚP n.o. Predná Hora, vypracoval metódy a metodiky, participoval na zbere dát, štatistickom spracovaní výsledkov a vypracoval záverečnú správu výskumu (viď príloha č.3).

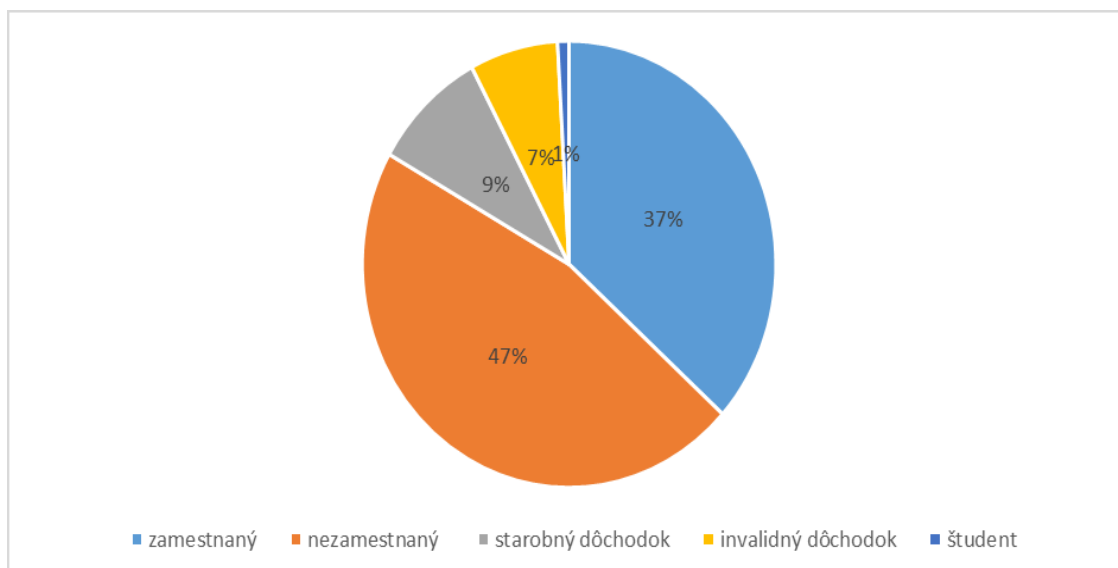
1.1.2 Dodržiavanie etických noriem na jednotlivých pracoviskách. Všetky uvedené pracoviska participujúce na výskume zaistili súhlas príslušnej miestnej etickej komisie a informovaného súhlasu pacientov – respondentov podľa Helsinskej deklarácie pre ľudské práva a všeobecných zásad pre správne dodržiavanie klinických štúdií (EMEA, 2002) (viď príloha č. 1).

1.1.3 Anonymita osobných údajov. Pacienti boli oboznámení o výskume a zbere údajov z vyplnených anonymných dotazníkov. Na formulároch dotazníkov sa neuvádzalo meno a priezvisko, iba **kód označujúci poradové číslo** pacienta a poradie týždňa administrácie dotazníkov, to znamená, či bol dotazník vyplnený na začiatku v strede alebo na konci liečby napr. **SK, PL, CZ** – krajina, poradové číslo **001**, 1. týždeň **F**, 6. týždeň **S**, posledný týždeň **E**, predčasný odchod **P** napr.: **SK 001F, PL 001S, CZ 001E** (príloha č.2). Pri spracovávaní dotazníkov teda nebolo možné určiť identitu pacienta. Koordinátor – autor tejto diplomovej práce a ďalší spolupracovníci výskumu boli a sú povinní zachovať mlčanlivosť. Zber vyplnených dotazníkov koordinátor – autor projektu zbieral osobne v danej krajine v mesiacoch september, október, november 2015.

2. Výskumný súbor

Výskumný súbor tvorilo 380 pacientov závislých od alkoholu, z toho 282 mužov a 98 žien. Priemerný vek v súbore bol 44,58 rokov ($SD=10,48$), u mužov to bolo 44,04 a u žien 46,18 rokov. Väčšinu výskumného súboru tvorili pacienti OLÚP Predná Hora ($n=212$), potom pacienti Wotuw Krakow ($n=117$) a pacienti psychiatrickej liečebne Pateb Jemnice ($n=51$).

Takmer polovica (46,5 %) pacientov bola nezamestnaná, 36,7 % bolo zamestnaných, 6,9 % pacientov bolo na invalidnom, resp. starobnom (9 %) dôchodku. Medzi nezamestnanými, zamestnanými a dôchodcami sme nezaznamenali signifikantné rozdiely v závažnosti užívania alkoholu ($K-W=3,64$; $sig.=0,30$), v štádiu zmeny ($K-W=1,76$; $sig.=0,62$), v závažnosti psychopatológie ($K-W=5,38$; $sig.=0,15$) a ani v škálach rekognície ($K-W=1,18$; $sig.=0,76$), ambivalencie ($K-W=2,90$; $sig.=0,41$) a aktívnych krokov k zmene ($K-W=4,98$; $sig.=0,17$) p. dotazníka Socrates.



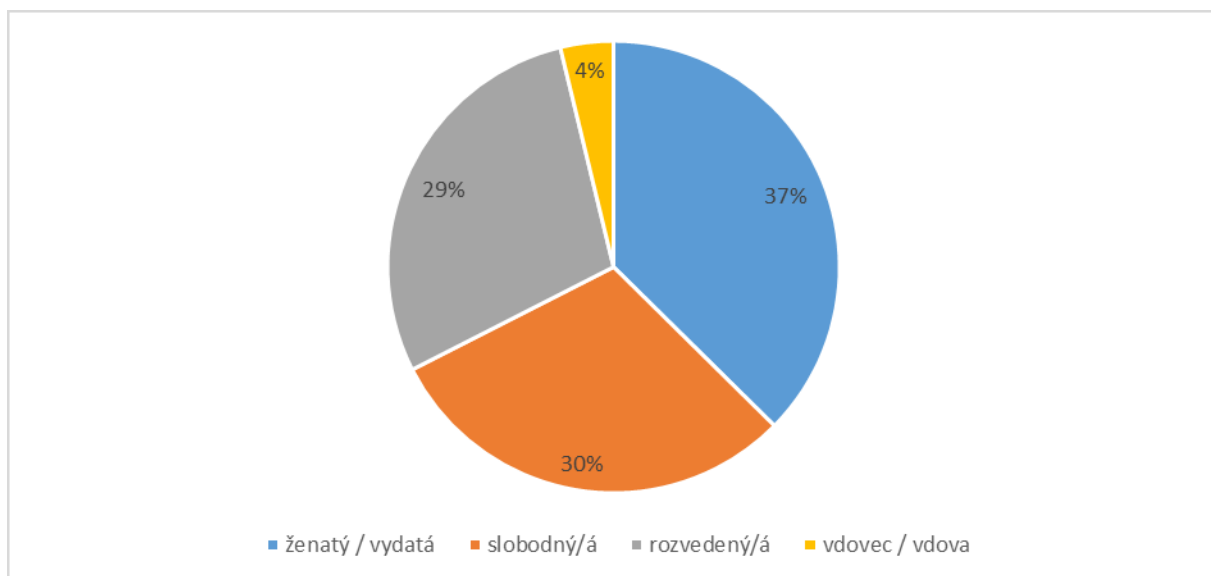
Graf č. 1: Zamestnanie pacientov.

Takmer 60 % pacientov malo okrem závislosti od alkoholu aj minimálne jednu ďalšiu pridruženú psychiatrickú diagnózu. Okrem diagnóz súvisiacich s užívaním alkoholu (8,5 %) a iných psychoaktívnych látok ako tabak (40 %), sedatív a hypnotík (2,5 %), kanabis (1 %), prípadne viacerých drog a iných psychoaktívnych látok (3,5 %), šlo najčastejšie o afektívne poruchy (5,5 %), neurotické, stresom podmienené a somatoformné poruchy (5 %), poruchy osobnosti (4 %), organické duševné poruchy (4 %), patologické hráčstvo (3,5 %), či schizofrénie, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi (2 %). Väčšina pacientov (66,3 %) mala predpisované aj psychofarmaká. Vysokoškolské vzdelanie dosiahlo 10,7 % pacientov, stredoškolské s maturitou v Českej republike a na Slovensku, resp. stredoškolské vzdelanie v Poľsku dosiahlo spolu 37,9 % pacientov, stredoškolské bez maturity v Českej republike a na Slovensku, resp. „zawodowe“ (ktoré je istým ekvivalentom učňovského vzdelania v SR a ČR) v Poľsku dosiahlo spolu 42,2 % pacientov. Nižšie ako spomenuté vzdelanie dosiahlo spolu 9,2 % pacientov.

Sociálne zázemie

Približne tretina všetkých pacientov výskumnej vzorky bola v dobe liečenia v manželskom zväzku (37,4 %), nasledovali slobodní (30,1 %), rozvedení (28,7 %) a ovdovení pacienti (3,8 %). Pri porovnaní závažnosti užívania alkoholu vzhľadom na stav sme zistili, že slobodní pacienti vykazujú závažnejšiu mieru užívania alkoholu ako pacienti v manželskom zväzku ($U=1423,50$; $\text{sig.}=0,01$), kde tento rozdiel reprezentuje malý efekt

($r=0,24$), aj ako rozvedení pacienti ($U=1304,00$; $\text{sig.}=0,02$), kde tento rozdiel reprezentuje taktiež malý efekt ($r=0,21$). V miere psychopatológie ($K-W=0,10$; $\text{sig.}=0,95$), ani v štádiu zmeny ($K-W=1,87$; $\text{sig.}=0,39$) sa v súvislosti s rodinným stavom signifikantné rozdiely nevyskytli.



Graf č. 2: Rodinný stav v súbore pacientov z troch krajín.

Najčastejšie bývali pacienti s partnerom (38,1 %), takmer tretina z nich žila s rodičmi (30,4 %), takmer pätina (18,6) žila sama a 9,7 % pacientov žilo s inými príbuznými alebo priateľmi. Len 25 % pacientov dotazovaných na začiatku liečby malo deti. Vzhľadom na tieto charakteristiky neboli medzi pacientmi signifikantné rozdiely v závažnosti užívania alkoholu, dotazovanej dotazníkom AUDIT ($K-W=1,97$; $\text{sig.}=0,58$), ani v štádiu zmeny na začiatku liečby ($K-W=3,991$; $\text{sig.}=0,26$) a ani v miere psychopatológie ($K-W=3,00$; $\text{sig.}=0,39$).

Dôvody liečby

Najčastejším dôvodom liečenia bola vo všeobecnosti túžba skončiť s alkoholom (35,2 %). Výrazný bol aj tlak rodiny, ktorý ako hlavnú motiváciu uviedlo 20,3 %. Častou motiváciou k liečbe bola aj strata schopnosti zvládať každodenný život (12,8 %), či nepriaznivý zdravotný stav (12,3 %). Súadne nariadených bolo 12,3 % hospitalizácií, 4 %

pacientov prišli na liečenie na podnet známeho a 2,2 % pacientov uviedlo ako hlavnú motiváciu ultimátum od partnera.

3. Proces zberu dát a realizácia výskumu

Dohoda o spolupráci v oblasti monitorovania, hodnotenia a výskumu efektívnosti liečby závislosti vznikla na základe doterajšej vzájomne prínosnej spolupráce OLUP n.o. s WOTUW a Pateb s.r.o. (s inštitúciami s rovnakým predmetom činnosti zameraným na liečbu závislostí a psychických porúch), s cieľom jej ďalšieho prehĺbenia a rozvoja na medzinárodnej úrovni s európskou pridanou hodnotou. Podmienky pre účely spolupráce v oblasti monitorovania, hodnotenia a výskumu efektívnosti liečby závislosti boli pre všetky zmluvné strany rovnaké.

Zmluvné strany sa dohodli na metodike výskumu: „Popis cieľových skupín, popis sociodemografických charakteristík klinického výberu, diagnostické zloženie klinického výberu, AUDIT, SCL-90, Sokrates a RCQ. Následne štatistické spracovanie monitorovaných a vyhodnotených údajov všetkých zmluvných partnerov spracuje OLÚP n.o.

4. Výskumné nástroje

4.1 Voľba dotazníkov

Každá zo zmluvných strán si monitorovanie a hodnotenie údajov zabezpečila vo svojej inštitúcii. Rozsah údajov definuje metodika AUDIT, SCL-90, Sokrates a RCQ. Každá inštitúcia si zabezpečila informovaný súhlas od pacientov zaradených do „Výskumu“, rozsah si dala schváliť etickej komisii v príslušnej inštitúcii. Zozbierané údaje inštitúcie odovzdali v dohodnutom formáte a v čase OLÚP n.o. na ďalšie štatistické spracovanie.

1.týždeň

1/AUDIT(pacient)

2/Socrates8a(pacient)

3/RCQ(pacient)

4/SCL-90(pacient)

5/ CORE-BT 1.časť (pacient, ideálne za pomoci terapeuta)

6/ Pološtrukturovaný rozhovor (terapeut + pacient)

- nástup na liečbu- okolnosti
- predchádzajúce skúsenosti s liečbou
- aktuálne vnímané ťažkosti

6. týždeň

(pacienti, ktorí liečbu pokračujú)

1/ Socrates8a (pacient)

2/ RCQ (pacient)

3/ SCL-90 (pacient)

4/ pološtrukturovaný rozhovor (terapeut + pacient)

- posun v liečbe- čo mi liečba dáva

Pacienti, ktorí z liečby odchádzajú predčasne

1/ pološtrukturovaný rozhovor (terapeut + pacient)

- okolnosti, pre ktoré odchádzam
- hodnotenie liečby- môj progres
- spokojnosť s liečbou- čo na liečbe oceňujem, čo by som zmenil

2/ CORE- end of therapy (filled in by therapist)

3/ CORE-BT-2nd part (filled in by patient)

4/ CORE- EoT (filled in by patient)

Pacienti, ktorí liečbu končia riadne:

1/ Socrates8a (pacient)

2/ RCQ (pacient)

3/ SCL-90 (pacient)

7/ pološtrukturovaný rozhovor (terapeut + pacient)

- hodnotenie liečby- môj progres
- spokojnosť s liečbou- čo na liečbe oceňujem, čo by som zmenil

4.2 Popis dotazníkov

4.2.1 AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test:

- bol vyvinutý Svetovou zdravotníckou Organizáciou (WHO) ako jednoduchá metóda skríningu pre nadmerné pitie,

- má napomáhať pri krátkom posúdení identifikovať nadmerné pitie ako príčinu prezentujúcu chorobu,
- poskytuje rámec intervencii a pomoci pre riskantné pitie.

4.2.2 SCL – 90 - The Symptom checklist- (90 položiek):

- je psychologický inventár alebo dotazník vytvorený L. R. Derogatisom, R. S. Lipmanom a L. Covim,
- SCL- 90 umožňuje overiť prítomnosť existujúcich patopsychologických a psychopatologických symptómov a posúdiť možnosť problémov v správaní a prežívaní, resp. existenciu psychickej alebo osobnostnej problematiky alebo poruchy,
- skúma napr. somatizáciu, obscesiu a kompulziu, interpersonálnu senzitivitu, subdepresiu a depresiu, anxiozitu, hostilitu, fobiu, paranoidné myslenie a psychoticismus.

4.2.3 RCQ - Readiness for Change Questionnaire:

- 12-položkový dotazník, ktorý zisťuje fázu zmeny, v ktorej sa človek s problémovým pitím nachádza,
- vychádza z konceptu procesu zmeny od Prochasku a DiClementa, ktorý popisuje fázy, cez ktoré sa človek posúva v snahe vyriešiť svoj problém s pitím,
- model vychádza z 6 fáz: prekontemplácia, kontemplácia, príprava, akcia, udržiavanie a prevencia relapsu
- dotazník zachytáva prvé 4 fázy.

4.2.4 SOCRATES-The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale:

- je experimentálny nástroj určený na posúdenie pripravenosti na zmenu v liečbe závislosti od alkoholu,
- prináša tri merania skóre factorially: rekogníciu (Re), ambivalenciu (Am), a podniknuté kroky (TS),
- môže sa používať bez osobitného povolenia, ide o verejný nástroj,
- odpovede sa zaznamenávajú priamo do formulára dotazníka,
- bodovanie sa vykonáva prevodom na tzv. SOCRATES Scoring,
- verzia 8 je v skrátenej forme 19 položková na základe faktorov analýz s predchádzajúcimi verziami,

- psychometrické analýzy odhalili nasledujúce psychometrické charakteristiky pre 19 položkový dotazník SOCRATES:

	Cronbachovo alpha	Pri opakovaní testu Intraclass	Spôľahlivosť Pearson
- Ambivalencia	0,60 - 0,88	0,82	0,83
- Rekognícia	0,85 - 0,95	0,88	0,94
- Podniknuté kroky	.83 - .96	0,91	0,93

Prochaska a DiClemente vytvorili dotazník na všeobecnejšie etapy zmeny známe ako University of Rhode Island Assessment Zmena (Urica). Socrates sa líši od Urici v tom, že Socrates kladie otázky konkrétne na alkohol alebo iné drogy, zatiaľ čo Urica sa pýta klienta na "problém" a zmeny všeobecným spôsobom.

5. Spôsob a metódy spracovania dát

Pre spracovanie výskumných dát sme použili štatistické testy pomocou programu Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS 16.0) pre Windows, prostredníctvom ktorého sme vykonali deskriptívnu a korelačnú analýzu výskumných dát.

6. Výsledky a zhrnutie podľa jednotlivých dotazníkov

Štádiá zmeny v priebehu liečby – dotazník RCQ

Tabuľka č.1 zobrazuje absolútne a relatívne početnosti pacientov v jednotlivých štádiách zmeny v rôznych fázach liečby. Veľká väčšina pacientov spadá už na začiatku liečby do štádia akcie (68,5 % pacientov), resp. prípravy (26,3 %). Rozdiel v štádiu zmeny medzi koncom liečby v 12. týždni a koncom liečby skôr než v 12. týždni je signifikantný ($U=2982,50$, $\text{sig.}=0,03$) a poukazuje na to, že pacienti, ktorí ukončili liečbu skôr než v jej 12. týždni, boli vo vyššom štádiu zmeny, ako pacienti končiaci v 12. týždni, pričom tento rozdiel reprezentuje malý efekt ($r=0,17$).

Fáza liečby	Prekontemplácia	Kontemplácia	Príprava	Akcia
Začiatok	4 (1,9 %)	7 (3,3 %)	56 (26,3 %)	146 (68,5 %)
6. týždeň	-	4 (3,5 %)	25 (21,7 %)	86 (74,8 %)
Koniec 12.t.	1 (1,1 %)	2 (2,1 %)	24 (25,3 %)	68 (71,6 %)
Koniec <12.t.	1 (1,4 %)	2 (2,7 %)	7 (9,6 %)	63 (86,3 %)
Predčasný Koniec	-	1 (11,1 %)	1 (11,1 %)	7 (77,8 %)

Tab. č. 1: Absolútne a relatívne početnosti pacientov v jednotlivých štádiách zmeny v rôznych fázach liečby (dotazník RCQ).

Pri porovnaní štádia zmeny v priebehu liečby sa u pacientov medzi začiatkom liečby a 6. týždňom dvanásťtýždňovej liečby nevyskytli signifikantné zmeny ($n=60$, $Z=1,18$; $\text{sig.}=0,24$), ďalej ani u pacientov medzi začiatkom liečby a koncom liečby skôr ako v 12. týždni ($n=32$, $Z=0,95$; $\text{sig.}=0,34$), ako ani u pacientov medzi začiatkom liečby a koncom liečby po 12 týždňoch ($n=17$, $Z=1,63$; $\text{sig.}=0,10$, aj keď tu bola prítomná výrazná tendencia k postupu do vyššieho štádia, avšak bez štatistickej významnosti) a napokon ani u pacientov medzi 6. týždňom dvanásťtýždňovej liečby a koncom liečby v 12. týždni ($n=42$, $Z=0,00$; $\text{sig.}=1,00$).

Zhrnutie výsledkov dotazníka RCQ

Najčastejším dôvodom liečenia bola vo všeobecnosti túžba skončiť s alkoholom (35,2 % pacientov), výrazný bol tlak rodiny, ktorý ako hlavnú motiváciu uviedlo 20,3 % pacientov. Častou motiváciou k liečbe bola aj strata schopnosti zvládať každodenný život (12,8 % pacientov) alebo nepriaznivý zdravotný stav (12,3 %). Súadne bolo nariadených 12,3 % hospitalizácií, 4 % pacientov prišlo na liečenie na podnet psychiatra alebo známeho a 2,2 % pacientov uviedlo ako hlavnú motiváciu ultimátum od partnera.

Jedným z hlavných cieľov výskumu bolo zmapovať, v akom štádiu zmeny sa pacienti nachádzajú v rôznych fázach liečby. Tabuľka č. 1 zobrazuje absolútne a relatívne početnosti pacientov v jednotlivých štádiách zmeny v rôznych fázach liečby, kde veľká väčšina pacientov spadá už na začiatku liečby do štádia akcie (68,5 % pacientov), resp. prípravy (26,3 %). Počas následnej liečby už k významným zmenám v pripravenosti na zmenu nedošlo. Zaujímavé ale je, že pacienti, ktorí liečbu končili skôr ako v 12. týždni, boli s malým rozdielom vo vyššom štádiu zmeny, ako pacienti končiaci v 12. týždni.

Dotazník AUDIT

Dotazník AUDIT vyplnilo na začiatku liečby 212 pacientov s priemerným skóre 25,02 (SD=6,98). 1,4 % zo súboru (n=3) zaznamenali skóre, ktoré nie je indikátorom škodlivého pitia, 6,1 % (n=13) skórovalo do pásma strednej úrovne problémov s alkoholom. 14,7 % (n=31) pacientov skórovalo do pásma vysokej úrovne problémov s alkoholom, kým zvyšných 75,9 % (n=166) skórovalo do pásma závislosti od alkoholu.



Graf č.3: Podiel pacientov v jednotlivých dimenziách škodlivého pitia p. dotazníka AUDIT.

Vzťah medzi škálami: pripravenosť k zmene a skóre v dotazníku AUDIT

Na overenie vzťahu medzi závažnosťou užívania alkoholu a skóre v škálach prekontemplácie, kontemplácie a akcie dotazníka pripravenosti k zmene sme aplikovali štatistické testovanie korelácií (Pearson). Výsledky preukázali prítomnosť signifikantných korelácií medzi sledovanými premennými, ktoré uvádzame v tabuľke č. 3.

	Prekontemplácia	Kontemplácia	Akcia
AUDIT	$r = -0,26^{**}$	$r = 0,29^{**}$	-

** -sig.<0,01

dvojsmerný test signifikancie

Tab. č. 2: Koeficienty korelačnej analýzy medzi subškálami dotazníka pripravenosti k zmene a skóre v dotazníku AUDIT.

Rozdiel v skóre AUDIT vzhľadom na štádium zmeny

Pacienti vo fáze akcie ($n=144$; $M=23,94$) dosiahli v dotazníku AUDIT signifikantne nižšie skóre než pacienti v štádiu prípravy ($n=55$; $M=27,58$) ($U=2647,50$, sig.=0,00), pričom tento rozdiel reprezentuje malý efekt ($r=0,26$). Pacientov vo fáze prekontemplácie resp. kontemplácie sme pre nízky počet do analýzy rozdielov nezahrnuli

Vzťah závažnosti užívania alkoholu a psychopatologie

Na overenie vzťahu medzi závažnosťou užívania alkoholu a úrovňou psychopatológie sme medzi výsledným skóre dotazníka AUDIT a skóre v jednotlivých subškálach dotazníka SCL-90 aplikovali štatistické testovanie korelácií (Pearson). Výsledky preukázali prítomnosť signifikantných korelácií medzi všetkými sledovanými premennými a uvádzame ich v tabuľke č. 4.

Škály SCL-90	r	sig.
Somatizácia	0,36	0,00
Obsesie a kompulzie	0,40	0,00
Interpersonálna senzitivita	0,36	0,00
Depresia	0,36	0,00
Anxieta	0,39	0,00
Hostilita	0,29	0,00
Fóbia	0,30	0,00
Paranoidná ideácia	0,33	0,00
Psychoticizmus	0,32	0,00
Celkové patologické skóre (Global severity index)	0,40	0,00

Dvojsmerný test signifikancie

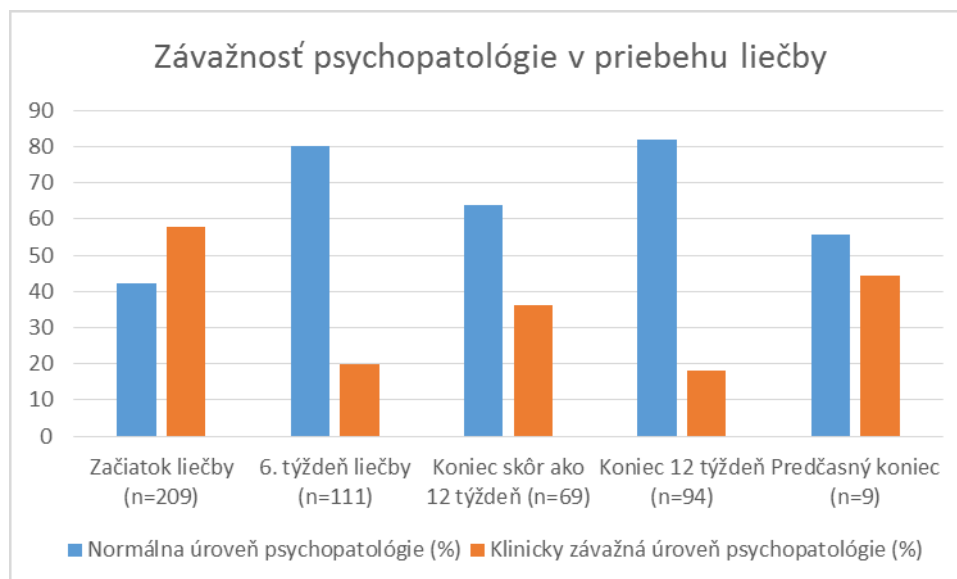
Tab. č 3: Koeficienty korelačnej analýzy medzi skóre v dotazníku AUDIT a škálami SCL-90 (N=202).

Zhrnutie dotazníka AUDIT

Závažnosť užívania alkoholu u pacientov sme merali dotazníkom AUDIT, ktorý vyplnilo na začiatku liečby 212 pacientov s priemerným skóre 25,02. Len 3 pacienti (1,4 % súboru) zaznamenali skóre, ktoré nie je indikátorom škodlivého pitia, 13 pacientov (6,1 %) skórovalo do pásma strednej úrovne problémov s alkoholom. 31 pacientov (14,7 %) skórovalo do pásma vysokej úrovne problémov s alkoholom, kým zvyšných 166 pacientov (75,9 %) skórovalo do pásma závislosti od alkoholu. Tabuľka č. 3 znázorňuje, že skóre v dotazníku AUDIT je v zápornom vzťahu so škálou prekontemplácie a v pozitívnom vzťahu so škálou kontemplácie dotazníka pripravenosti zmeny. Pacienti vo fáze akcie (n=144; M=23,94) dosiahli v dotazníku AUDIT signifikantne nižšie skóre než pacienti v štádiu prípravy (n=55; M=27,58) (U=2647,50, sig.=0,00), pričom tento rozdiel reprezentuje malý efekt (r=0,26). Pacientov vo fáze prekontemplácie resp. kontemplácie sme pre nízky počet do analýzy rozdielov nezahrnuli. Korelačná analýza následne ukázala, že závažnosť užívania alkoholu pozitívne koreluje s mierou psychopatológie vo všetkých subškálach dotazníka SCL-90 (tabuľka č. 3). Inými slovami, čím závažnejšie bolo užívanie alkoholu, tým väčšiu mieru psychopatológie pacient vykazoval.

Miera psychopatológie počas liečby

Pacientov sme na základe celkového skóre (global severity index) v dotazníku SCL-90 rozdelili podľa cut-off skóre na pacientov s normálnou a dysfunkčnou, teda klinicky závažnou úrovňou psychopatológie. Na grafe č. 4 vidieť, že kým na začiatku liečby disponovalo klinicky závažnou úrovňou psychopatológie 57,9 % pacientov, po 6 týždňoch to bolo už len 19,8 % pacientov. U pacientov, ktorí liečbu ukončili skôr ako v 12. týždni (PL/CZ), disponovalo klinicky závažnou mierou psychopatológie 36,2 %, u pacientov končiacich v 12. týždni to bolo len 18,1 %. Z pacientov, ktorí liečbu končili predčasne, vykazovalo klinicky závažnú mieru psychopatológie 44,4 %.

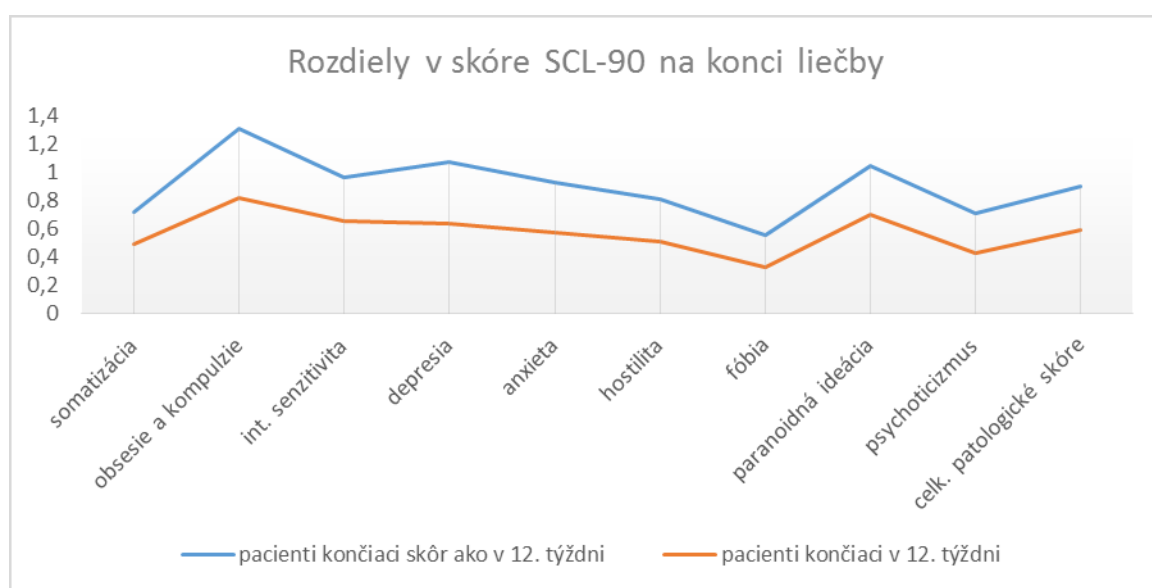


Graf č.4: Závažnosť psychopatológie v priebehu liečby.

Rozdiel v miere psychopatológie u pacientov končiacich v 12. a 6. Týždni

Pacienti, ktorí ukončili liečbu skôr ako v 12. týždni (n=69), vykazovali signifikantne vyššiu mieru psychopatológie, než pacienti končiaci v 12. týždni (n=94) ($U=1994,50$; $\text{sig.}=0,00$), pričom tento rozdiel reprezentuje stredne veľký efekt ($r=0,33$). Pacienti, ktorí ukončili liečbu v 12. týždni, vykazovali na konci liečby signifikantne nižšiu mieru psychopatológie než pacienti končiaci skôr, ako v 12. týždni a to vo všetkých subškálach SCL-90, s výnimkou subškály fobie, kde sme signifikantný rozdiel nezaznamenali ($U=2744,00$; $\text{sig.}=0,09$). Pacienti končiaci v 12. týždni mali signifikantne

nižšie skóre v subškále somatizácie ($U=2325,00$; $\text{sig.}=0,00$), obsesií a kompulzií ($U=2322,50$; $\text{sig.}=0,00$), interpersonalnej senzitivity ($U=2251,00$; $\text{sig.}=0,00$), depresie ($U=1888,00$; $\text{sig.}=0,00$), anxiety ($2052,00$; $\text{sig.}=0,00$), hostility ($U=2271,50$; $\text{sig.}=0,00$), paranoidnej ideácie ($U=2404,50$; $\text{sig.}=0,01$) a psychotizmu ($U=2169,50$; $\text{sig.}=0,00$). Tieto rozdiely reprezentujú v subškálach depresie ($r=0,36$) a anxiety ($r=0,31$) stredne veľký efekt. V subškálach somatizácie ($r=0,24$), obsesií a kompulzií ($r=0,24$), interpersonalnej senzitivity ($r=0,26$), hostility ($r=0,26$), paranoidnej ideácie ($r=0,22$) a psychotizmu ($r=0,28$) reprezentujú tieto rozdiely malý efekt. Rozdiely v priemernom skóre jednotlivých subškál znázorňujeme na grafe č. 5.

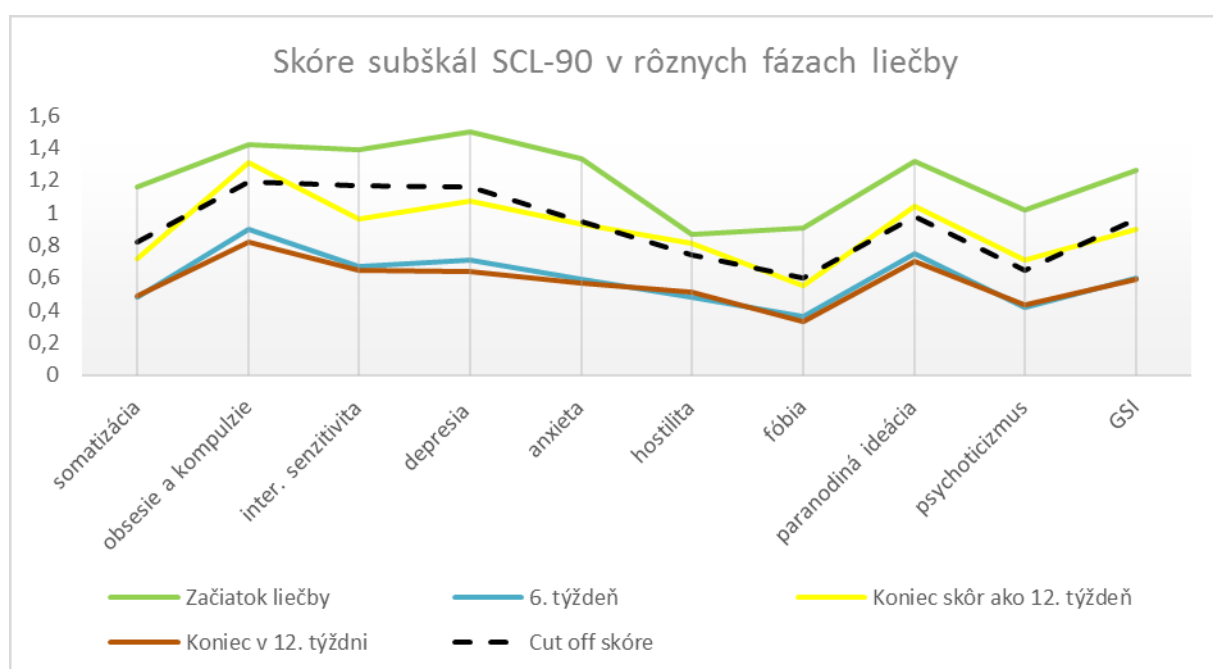


Graf č. 5: Rozdiely v miere psychopatológie podľa subškál SCL-90 na konci liečby.

Zmena psychopatológie počas liečby

Na mieru psychopatológie bolo vo výskumnom súbore s časovým odstupom opakovane dotazovaných 146 pacientov. Tí, ktorí vyplnili dotazníky SCL-90 na začiatku liečby a po 6 týždňoch ($n=61$), vykazovali signifikantnú redukciu psychopatologických symptómov vyjadrenej GSI indexom po 6 týždňoch v porovnaní so začiatkom liečby ($Z=6,19$; $\text{sig.}=0,00$), pričom tento rozdiel reprezentuje veľký efekt ($r=0,79$). Pacienti, ktorí boli dotazovaní na začiatku liečby a na konci liečby skôr ako v 12. týždni ($n=29$), taktiež vykazovali signifikantnú redukciu psychopatologických symptómov na konci liečby v porovnaní so začiatkom liečby ($Z=4,23$; $\text{sig.}=0,00$), pričom aj tento rozdiel reprezentuje

veľký efekt ($r=0,78$). Pacienti, ktorí boli dotazovaní na začiatku liečby a na konci liečby po 12. týždňoch ($n=15$), taktiež vykazovali signifikantnú redukciu psychopatologických symptómov na konci liečby v porovnaní so začiatkom liečby ($Z=3,18$; $\text{sig.}=0,00$) a aj tento rozdiel predstavuje veľký efekt ($r=0,82$). A napokon pacienti, ktorí boli dotazovaní v 6. týždni a na konci liečby v 12. týždni ($n=41$), síce vykazovali pokles miery psychopatológie na konci liečby v porovnaní so 6. týždňom liečby, uvedený pokles však iba tesne nespĺnil kritéria štatistickej významnosti ($Z=1,50$; $\text{sig.}=0,13$). Profil skóre subškál SCL-90 v rôznych fázach liečby vzhľadom ku cut-off skóre znázorňujeme na grafe č. 6. O zmenách v jednotlivých subškálach SCL-90 referujeme v osobitných odsekoch.



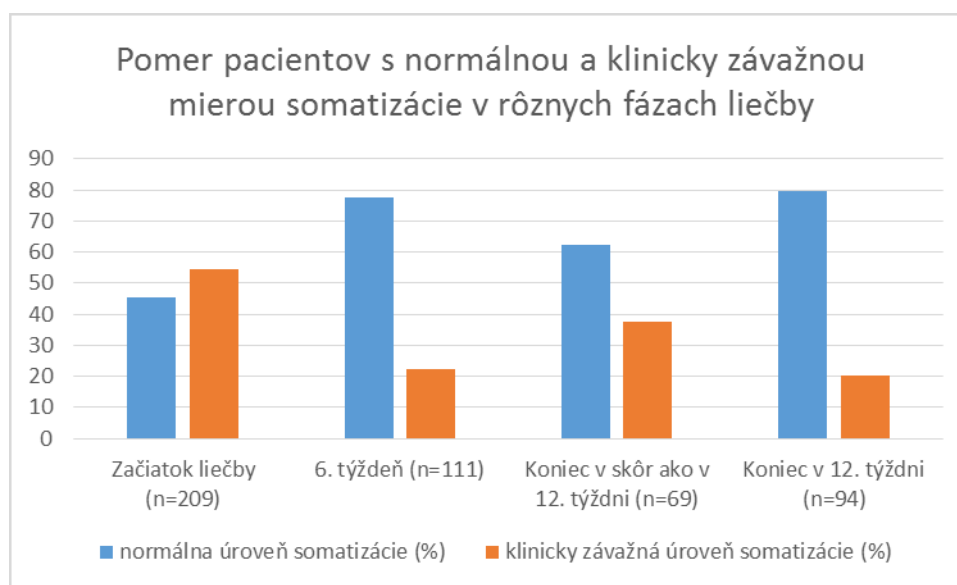
Graf č. 6: Profil skóre subškál SCL-90 v rôznych fázach liečby.

Zmena v subškále somatizácie počas liečby

Medzi začiatkom liečby a 6. týždňom dvanásťtýždňovej liečby došlo u pacientov k veľkému a signifikantnému zníženiu skóre v subškále somatizácie ($n=61$, $r=0,61$, $Z=4,74$; $\text{sig.}=0,00$). Okrem toho sme v tejto subškále zaznamenali signifikantný a veľký pokles symptómov u pacientov medzi začiatkom liečby a koncom skôr ako v 12. týždni ($n=30$, $r=0,69$, $Z=3,71$; $\text{sig.}=0,00$) a u pacientov medzi začiatkom liečby a koncom liečby v 12. týždni ($n=15$, $Z=2,34$; $\text{sig.}=0,02$), kde táto zmena taktiež reprezentovala veľký efekt

($r=0,60$). Pri porovnaní skóre v subškále somatizácie pacientov v 6. týždni a na konci liečby v 12 týždni sme signifikantné zmeny nezaznamenali ($n=41$, $Z=0,2$; $\text{sig.}=0,36$).

Nasledujúci graf znázorňuje relatívne početnosti pacientov s normálnou a klinicky závažnou úrovňou somatizácie v jednotlivých fázach liečby. Na začiatku liečby vykazovalo klinicky závažnú úroveň somatizácie 54,5 % pacientov, kým v 6. týždni dvanásťtýždňovej liečby to už bolo len 22,5 % pacientov. Z pacientov, ktorí liečbu ukončili skôr ako v 12. týždni, vykazovalo klinicky závažnú úroveň somatizácie 37,7 % pacientov, kým z pacientov, ktorí ju ukončili v 12. týždni, to bolo len 20,2 %.



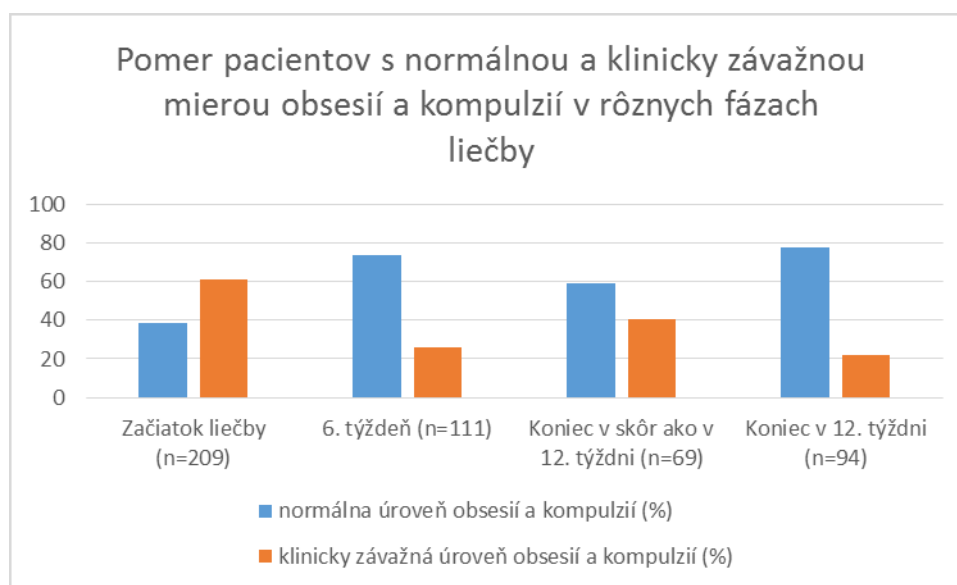
Graf č. 7: Pomer normálnej a klinicky závažnej úrovne somatizácie u pacientov v rôznych fázach liečby.

Zmena v subškále obsesií a kompulzií počas liečby

Medzi začiatkom liečby a 6. týždňom dvanásťtýždňovej liečby došlo u pacientov k signifikantnému a veľkému zníženiu skóre v subškále obsesií a kompulzií ($n=61$, $r=0,67$, $Z=5,25$; $\text{sig.}=0,00$). Okrem toho sme v tejto subškále zaznamenali signifikantný a veľký pokles symptómov u pacientov medzi začiatkom liečby a koncom liečby skôr ako v 12. týždni ($n=29$, $r=0,50$, $Z=2,68$; $\text{sig.}=0,01$). Pokles v subškále obsesií a kompulzií u pacientov medzi začiatkom liečby a koncom liečby v 12. týždni ($n=15$, $Z=3,05$; $\text{sig.}=0,00$) bol taktiež signifikantný a reprezentoval veľký efekt ($r=0,79$). Pri porovnaní skóre v subškále obsesií

a kompulzií pacientov v 6. týždni a na konci liečby v 12 týždni, sme taktiež zaznamenali signifikantný pokles stredne veľkého efektu ($n=41$, $r=0,34$, $Z=2,19$; $\text{sig.}=0,03$).

Nasledujúci graf znázorňuje relatívne početnosti pacientov s normálnou a klinicky závažnou úrovňou obsesií a kompulzií v jednotlivých fázach liečby. Na začiatku liečby vykazovalo klinicky závažnú úroveň obsesií a kompulzií 61,2 % pacientov, kým v 6. týždni to už bol len 26,1 % pacientov. Z pacientov, ktorí ukončili liečbu skôr ako v 12. týždni, vykazovalo klinicky závažnú úroveň obsesií a kompulzií 40,6 % pacientov, kým z pacientov, ktorí ju ukončili v 12. týždni, to bolo len 22,3 %.



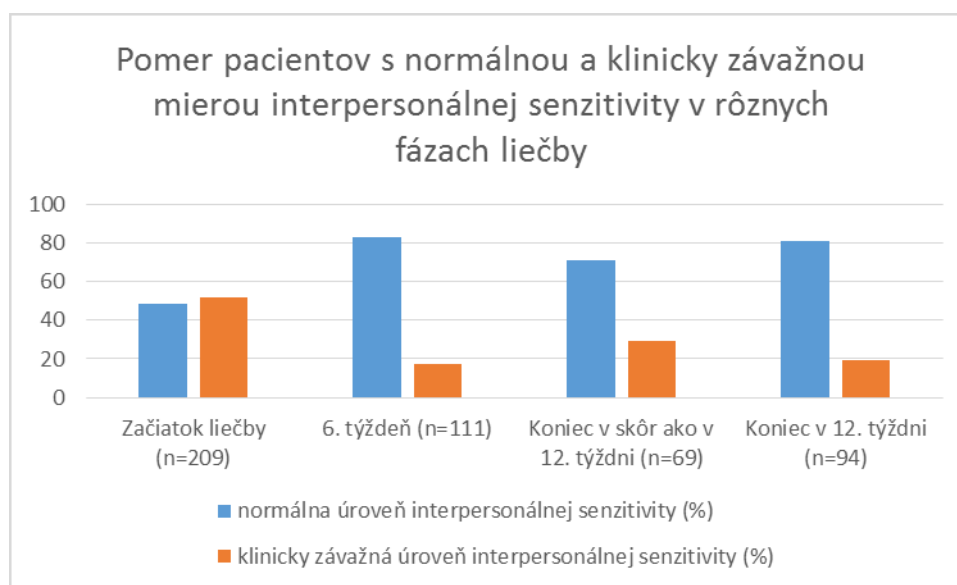
Graf č. 8: Pomer normálnej a klinicky závažnej úrovne obsesií a kompulzií u pacientov v rôznych fázach liečby.

Zmena v subškále interpersonálnej senzitivity počas liečby

Medzi začiatkom liečby a 6. týždňom dvanásťtýždňovej liečby došlo u pacientov k signifikantnému a veľkému zníženiu skóre v subškále interpersonálnej senzitivity ($n=61$, $r=0,78$, $Z=6,07$; $\text{sig.}=0,00$). Okrem toho sme u pacientov v tejto subškále zaznamenali signifikantný a veľký pokles symptómov medzi začiatkom liečby a koncom liečby skôr ako v 12. týždni ($n=29$, $r=0,82$, $Z=4,40$; $\text{sig.}=0,00$) a u pacientov medzi začiatkom liečby a koncom liečby v 12. týždni ($n=15$, $Z=2,99$; $\text{sig.}=0,00$) tento pokles reprezentuje veľký efekt ($r=0,77$). Pri porovnaní skóre v subškále interpersonálnej senzitivity pacientov v 6.

týždni a na konci liečby v 12. týždni sme signifikantné zmeny nezaznamenali, aj keď tendencia k poklesu bola zjavná ($n=41$, $Z=1,59$; $\text{sig.}=0,07$).

Nasledujúci graf znázorňuje relatívne početnosti pacientov s normálnou a klinicky závažnou úrovňou interpersonálnej senzitivity v jednotlivých fázach liečby. Na začiatku liečby vykazovalo klinicky závažnú úroveň interpersonálnej senzitivity 51,7 % pacientov, kým v 6. týždni to už bolo len 17,1 % pacientov. Z pacientov, ktorí liečbu ukončili skôr ako v 12. týždni, vykazovalo klinicky závažnú úroveň interpersonálnej senzitivity 29 % pacientov, kým z pacientov, ktorí končili v 12. týždni, to bolo len 19,1 %.



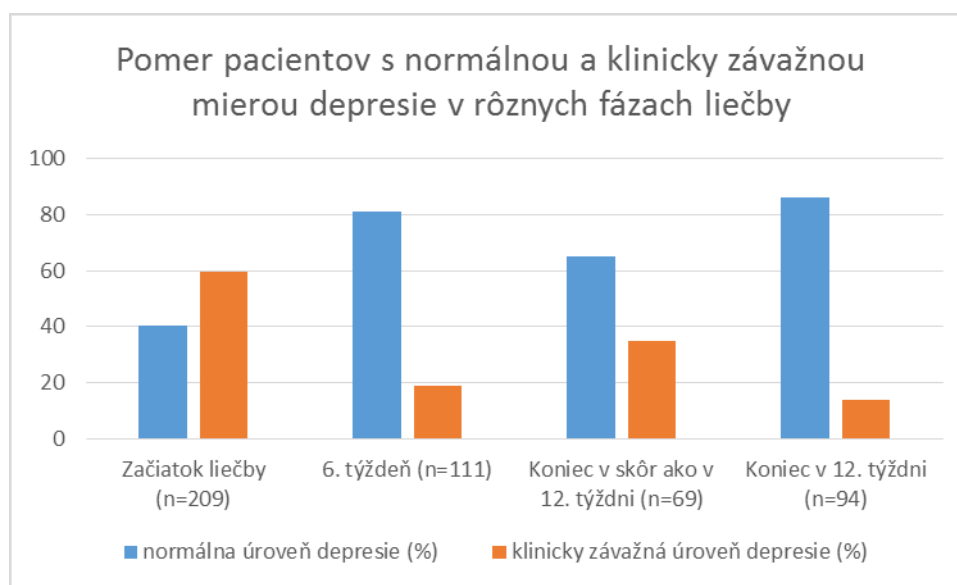
Graf č. 9: Pomer normálnej a klinicky závažnej úrovne interpersonálnej senzitivity u pacientov v rôznych fázach liečby.

Zmena v subškále depresie počas liečby

Medzi začiatkom liečby a 6. týždňom dvanásťtýždňovej liečby došlo u pacientov k signifikantnému zníženiu skóre v subškále depresie ($n=61$, $Z=6,07$; $\text{sig.}=0,00$), kde tento pokles reprezentuje veľký efekt ($r=0,78$). Okrem toho sme v tejto subškále zaznamenali signifikantný a významný pokles symptómov u pacientov medzi začiatkom liečby a koncom liečby skôr ako v 12. týždni ($n=29$, $r=0,65$, $Z=3,49$; $\text{sig.}=0,00$) a u pacientov medzi začiatkom liečby a koncom liečby v 12. týždni ($n=15$, $Z=3,30$; $\text{sig.}=0,00$) tento rozdiel reprezentuje veľký efekt ($r=0,85$). Pri porovnaní skóre v subškále depresie u

pacientov v 6. týždni a na konci liečby v 12. týždni sme signifikantné zmeny nezaznamenali ($n=41$, $Z=1,14$; $\text{sig.}=0,17$).

Nasledujúci graf znázorňuje relatívne početnosti pacientov s normálnou a klinicky závažnou úrovňou depresie v jednotlivých fázach liečby. Na začiatku liečby vykazovalo klinicky závažnú úroveň depresie 59,8 % pacientov, kým v 6. týždni to bolo už len 18,9 % pacientov. Z pacientov, ktorí liečbu ukončili skôr ako v 12. týždni, vykazovalo klinicky závažnú úroveň depresie 34,8 % pacientov, kým z pacientov, ktorí končili v 12. Týždni, len 13,8 %.



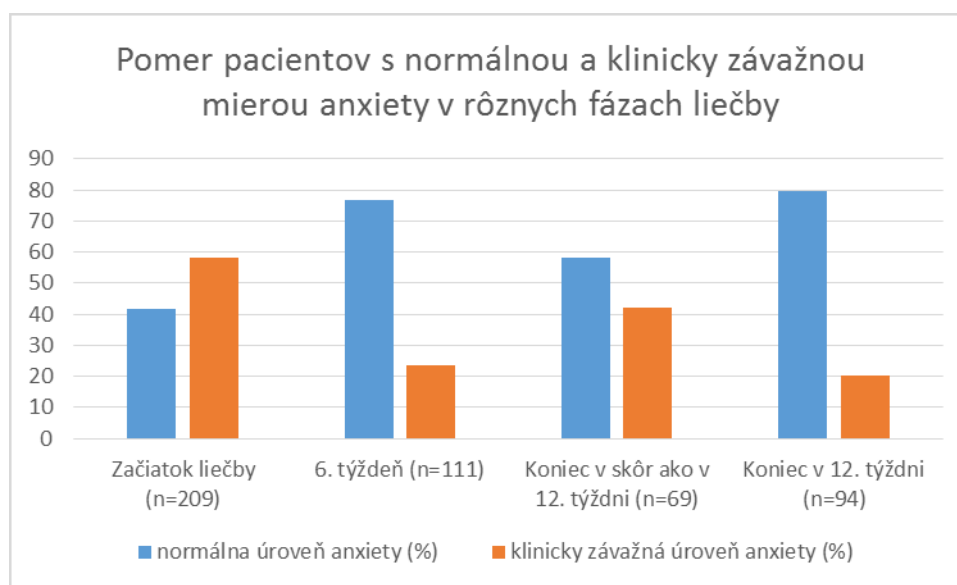
Graf č. 10: Pomer normálnej a klinicky závažnej úrovne depresie u pacientov v rôznych fázach liečby.

Zmena v subškále anxiety počas liečby

Medzi začiatkom liečby a 6. týždňom dvanásťtýždňovej liečby došlo u pacientov k signifikantnému zníženiu skóre v subškále anxiety ($n=61$, $Z=5,69$; $\text{sig.}=0,00$), pričom tento rozdiel reprezentuje veľký efekt ($r=0,73$). Okrem toho sme v tejto subškále zaznamenali signifikantný a veľký pokles symptómov u pacientov medzi začiatkom liečby a koncom liečby skôr ako v 12. týždni ($n=29$, $r=0,67$, $Z=3,59$; $\text{sig.}=0,00$). U pacientov medzi začiatkom a koncom liečby v 12. týždni ($n=15$, $Z=3,41$; $\text{sig.}=0,00$) tento pokles taktiež reprezentuje veľký efekt ($r=0,88$). Pri porovnaní skóre v subškále anxiety pacientov

v 6. týždni a na konci liečby v 12. týždni sme rovnako zaznamenali signifikantný pokles stredne veľkého efektu ($n=41$, $r=0,38$, $Z=2,43$; $\text{sig.}=0,03$).

Nasledujúci graf znázorňuje relatívne početnosti pacientov s normálnou a klinicky závažnou úrovňou anxiety v jednotlivých fázach liečby. Na začiatku liečby vykazovalo klinicky závažnú úroveň anxiety 58,4 % pacientov, kým v 6. týždni to už bolo len 23,4 % pacientov. Z pacientov, ktorí liečbu končili skôr ako v 12. týždni, vykazovalo klinicky závažnú úroveň anxiety 42 % pacientov, kým z pacientov, ktorí končili v 12. týždni, to bolo len 20,2 %.

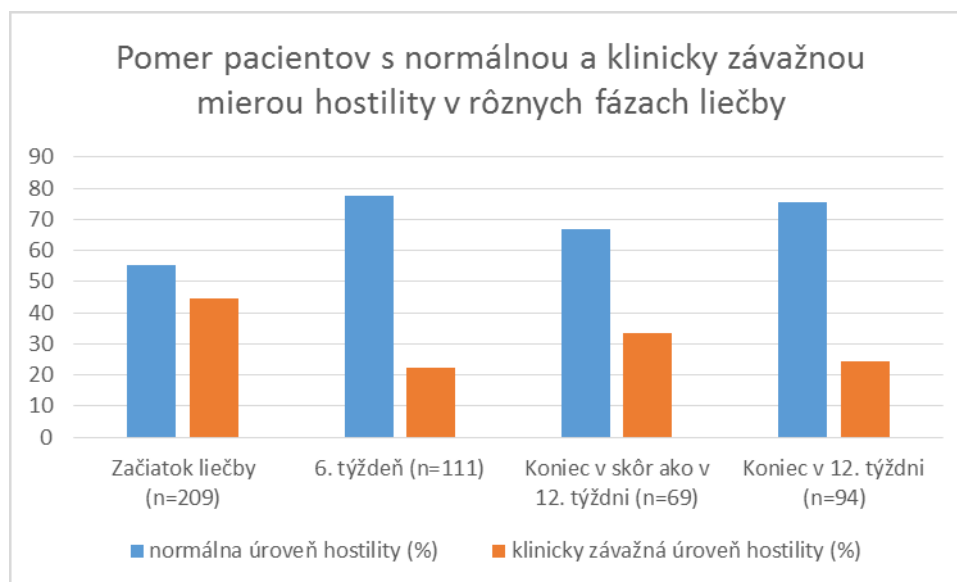


Graf č. 11: Pomer normálnej a klinicky závažnej úrovne anxiety u pacientov v rôznych fázach liečby.

Zmena v subškále hostility počas liečby

Medzi začiatkom liečby a 6. týždňom dvanásťtýždňovej liečby došlo u pacientov k signifikantnému zníženiu skóre v subškále hostility ($n=61$, $Z=2,91$; $\text{sig.}=0,00$), pričom tento pokles reprezentuje stredne veľký efekt ($r=0,37$). Okrem toho sme v tejto subškále zaznamenali signifikantný a to stredne veľký pokles symptómov u pacientov medzi začiatkom liečby a koncom liečby skôr ako v 12. týždni ($n=29$, $r=0,46$, $Z=2,50$; $\text{sig.}=0,01$). Medzi začiatkom liečby a koncom liečby v 12. týždni ($n=15$, $Z=0,63$; $\text{sig.}=0,53$) a ani pri porovnaní skóre v subškále hostility pacientov v 6. týždni a na konci liečby v 12. týždni sme signifikantné zmeny nezaznamenali ($n=41$, $Z=1,18$; $\text{sig.}=0,24$).

Nasledujúci graf znázorňuje relatívne početnosti pacientov s normálnou a klinicky závažnou úrovňou hostility v jednotlivých fázach liečby. Na začiatku liečby vykazovalo klinicky závažnú úroveň hostility 44,5 % pacientov, kým v skôr ako v 12. týždni to už bolo len 22,5 % pacientov. Z pacientov, ktorí liečbu končili v 6. týždni, vykazovalo klinicky závažnú úroveň hostility 33,3 % pacientov, kým z pacientov, ktorí končili v 12. týždni, to bolo len 24,5 %.



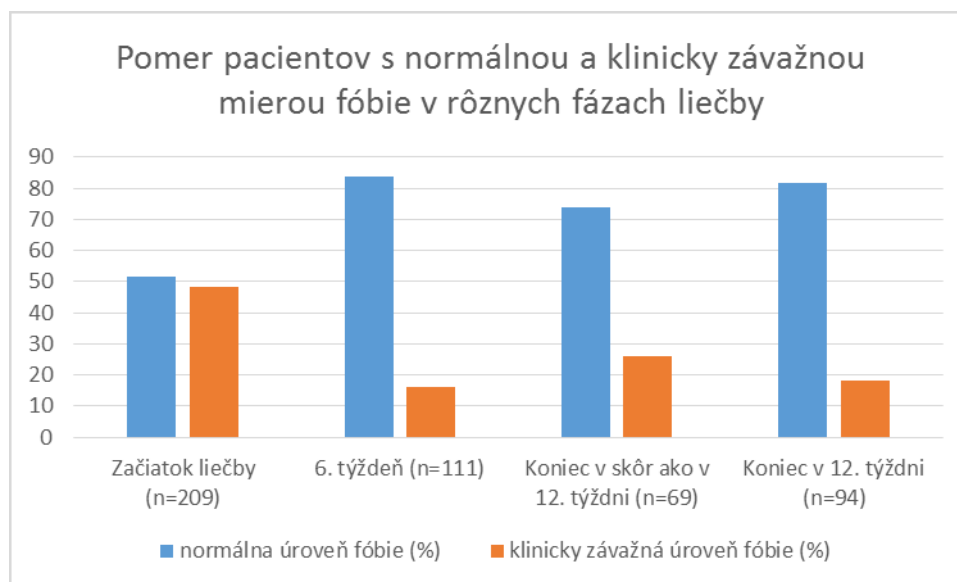
Graf č. 12: Pomer normálnej a klinicky závažnej úrovne hostility u pacientov v rôznych fázach liečby.

Zmena v subškále fóbie počas liečby

Medzi začiatkom liečby a 6. týždňom dvanásťtýždňovej liečby došlo u pacientov k signifikantnému zníženiu skóre v subškále fóbie ($n=61$, $Z=4,26$; $\text{sig.}=0,00$), pričom tento pokles reprezentuje veľký efekt ($r=0,55$). Okrem toho sme v tejto subškále zaznamenali signifikantný a veľký pokles symptómov u pacientov medzi začiatkom liečby a koncom liečby skôr ako v 12. týždni ($n=29$, $r=0,74$, $Z=3,97$; $\text{sig.}=0,00$), tiež u pacientov medzi začiatkom liečby a koncom liečby v 12. týždni ($n=15$, $Z=2,11$; $\text{sig.}=0,04$) tento pokles tiež reprezentuje veľký efekt ($r=0,55$). Pri porovnaní skóre v subškále fóbie pacientov v 6. týždni a na konci liečby v 12. týždni sme síce zaznamenali pokles symptómov, ktorý iba tesne nedosahuje hranicu štatistickej významnosti ($n=41$, $Z=1,85$; $\text{sig.}=0,07$).

Nasledujúci graf znázorňuje relatívne početnosti pacientov s normálnou a klinicky závažnou úrovňou fóbie v jednotlivých fázach liečby. Na začiatku liečby vykazovalo

klinicky závažnú úroveň fóbie 48,3 % pacientov, kým v 6. týždni to už bolo len 16,2 % pacientov. Z pacientov, ktorí liečbu končili skôr ako v 12. týždni, vykazovalo klinicky závažnú úroveň fóbie 26,1 % pacientov, kým z pacientov, ktorí končili v 12. týždni, to bolo len 18,1 %.

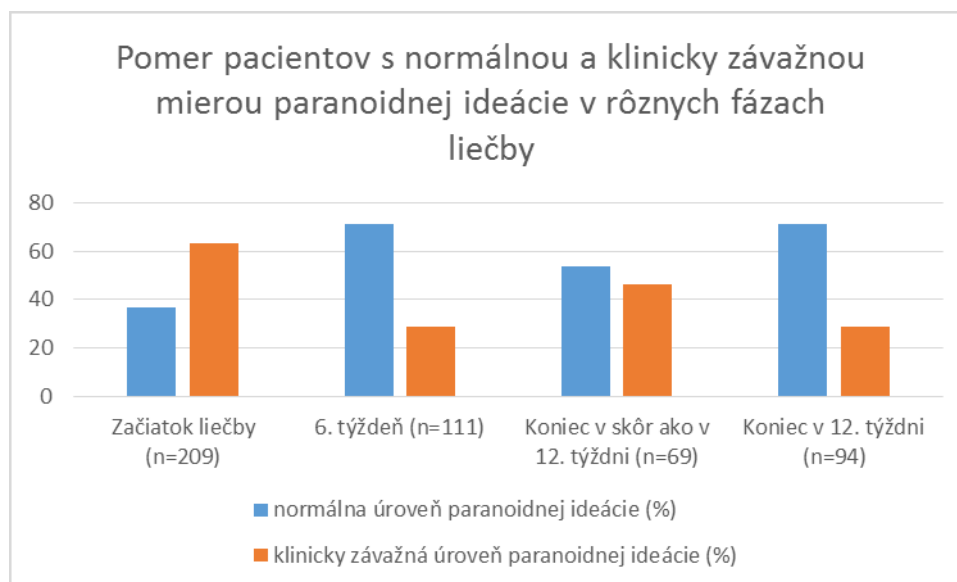


Graf č. 13: Pomer normálnej a klinicky závažnej úrovne fóbie u pacientov v rôznych fázach liečby.

Zmena v subškále paranoidnej ideácie počas liečby

Medzi začiatkom liečby a 6. týždňom dvanásťtýždňovej liečby došlo u pacientov k signifikantnému zníženiu skóre v subškále paranoidnej ideácie ($n=61$, $Z=5,05$; $\text{sig.}=0,00$), pričom tento pokles reprezentuje veľký efekt ($r=0,65$). Taktiež sme v tejto subškále zaznamenali signifikantný a veľký pokles symptómov u pacientov medzi začiatkom liečby a koncom liečby skôr ako v 12. týždni ($n=29$, $r=0,62$, $Z=3,33$; $\text{sig.}=0,00$) a u pacientov medzi začiatkom liečby a koncom liečby v 12. týždni ($n=15$, $Z=2,20$; $\text{sig.}=0,03$) tento pokles reprezentuje taktiež veľký efekt ($r=0,57$). Pri porovnaní skóre v subškále paranoidnej ideácie pacientov v 6. týždni a na konci liečby v 12. týždni sme signifikantné zmeny nezaznamenali ($n=41$, $Z=1,76$; $\text{sig.}=0,08$), pozorovaný pokles v tejto subškále tesne atakoval hranicu štatistickej významnosti.

Graf č. 14. ilustruje relatívne početnosti pacientov s normálnou a klinicky závažnou úrovňou paranoidnej ideácie v jednotlivých fázach liečby. Na začiatku liečby vykazovalo klinicky závažnú úroveň paranoidnej ideácie 63,2 % pacientov, kým v 6. týždni to už bolo len 28,8 % pacientov. Z pacientov, ktorí liečbu končili skôr ako v 12. týždni, vykazovalo klinicky závažnú úroveň paranoidnej ideácie 46,4 % pacientov, kým u pacientov, ktorí končili v 12. týždni, to bolo len 28,7 %.



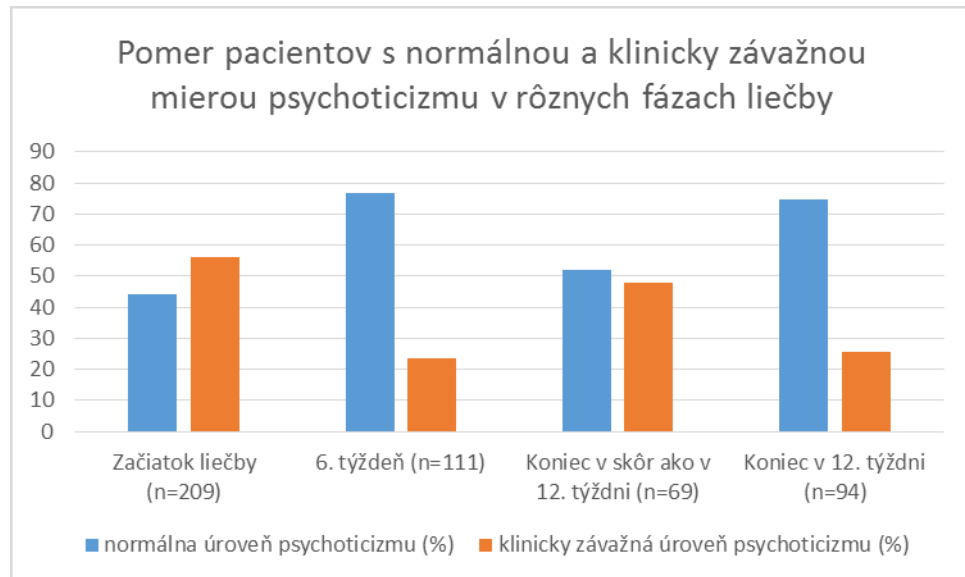
Graf č. 14: Pomer normálnej a klinicky závažnej úrovne paranoidnej ideácie u pacientov v rôznych fázach liečby.

Zmena v subškále psychotizmu počas liečby

Medzi začiatkom liečby a 6. týždňom dvanásťtýždňovej liečby došlo u pacientov k signifikantnému zníženiu skóre v subškále psychotizmu ($n=61$, $Z=5,20$; $\text{sig.}=0,00$), kde tento pokles reprezentuje veľký efekt ($r=0,67$). Okrem toho sme v tejto subškále zaznamenali signifikantný a veľký pokles symptómov u pacientov medzi začiatkom liečby a koncom liečby skôr ako v 12. týždni ($n=29$, $r=0,81$, $Z=4,39$; $\text{sig.}=0,00$) a u pacientov medzi začiatkom liečby a koncom liečby v 12. týždni ($n=15$, $Z=2,51$; $\text{sig.}=0,01$), tento pokles tiež svedčí tiež pre veľký efekt ($r=0,65$). Pri porovnaní skóre v subškále psychotizmu pacientov v 6. týždni a na konci liečby v 12. týždni sme signifikantné zmeny nezaznamenali ($n=41$, $Z=0,94$; $\text{sig.}=0,35$).

Nasledujúci graf znázorňuje relatívne početnosti pacientov s normálnou a klinicky závažnou úrovňou psychotizmu v jednotlivých fázach liečby. Na začiatku liečby vykazovalo klinicky závažnú úroveň psychotizmu 56 % pacientov, kým v 6. týždni to už

bolo len 23,4 % pacientov. Z pacientov, ktorí liečbu končili skôr ako v 12. týždni, vykazovalo klinicky závažnú úroveň psychotizmu 47,8 % pacientov, kým u pacientov, ktorí končili v 12. týždni, to bolo len 25,5 %.



Graf č. 15: Pomer normálnej a klinicky závažnej úrovne psychotizmu u pacientov v rôznych fázach liečby.

Zhrnutie výsledkov dotazníka SCL-90

V jednotlivých fázach liečby sme pacientov sme na základe celkového skóre (global severity index) v dotazníku SCL-90 rozdelili podľa cut-off skóre na pacientov s normálnou úrovňou psychopatológie a dysfunkčnou, teda klinicky závažnou úrovňou psychopatológie. Na grafe č. 4 vidieť, že kým na začiatku liečby disponovalo klinicky závažnou úrovňou psychopatológie 57,9 % pacientov, po 6. týždňoch to bolo už len 19,8 % pacientov. U pacientov, ktorí liečbu skončili skôr ako v 12. týždni, disponovalo klinicky závažnou mierou psychopatológie 36,2 %, u pacientov končiacich v 12. týždni to bolo len 18,1 %. Z pacientov, ktorí liečbu končili predčasne, vykazovalo klinicky závažnú mieru psychopatológie 44,4 %.

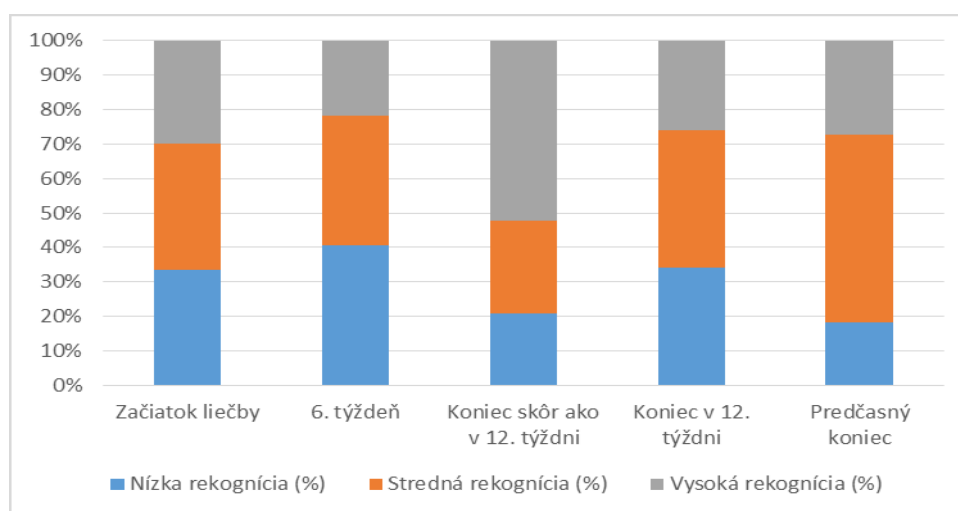
Dôležité tiež je, že počas liečby došlo u pacientov k výraznej redukcii psychopatologických symptómov. V porovnaní so začiatkom liečby sme zaznamenali signifikantný pokles psychopatológie po 6 týždňoch dvanásťtýždňovej liečby, na konci liečby skôr ako v 12. týždni a tiež na konci dvanásťtýždňovej liečby. Pozoruhodné je, že pacienti, ktorí liečbu končili po 12. týždňoch, vykazovali nižšiu mieru psychopatológie, ako pacienti končiaci skôr ako v 12. týždni.

Čo sa týka zmien skóre v jednotlivých subškálach dotazníka SCL-90, tak počas liečby sa znížilo skóre v každej subškále dotazníka bez ohľadu na dĺžku liečby. K výraznému poklesu psychopatológie pritom došlo už v 6. týždni dvanásťtýždňovej liečby. Relatívne početnosti pacientov s normálnou a klinicky závažnou mierou psychopatológie v jednotlivých subškálach dotazníka SCL-90 ilustrujú grafy č. 4 - 15.

Dotazník Socrates

Rekognícia problémov s alkoholom v rôznych fázach liečby

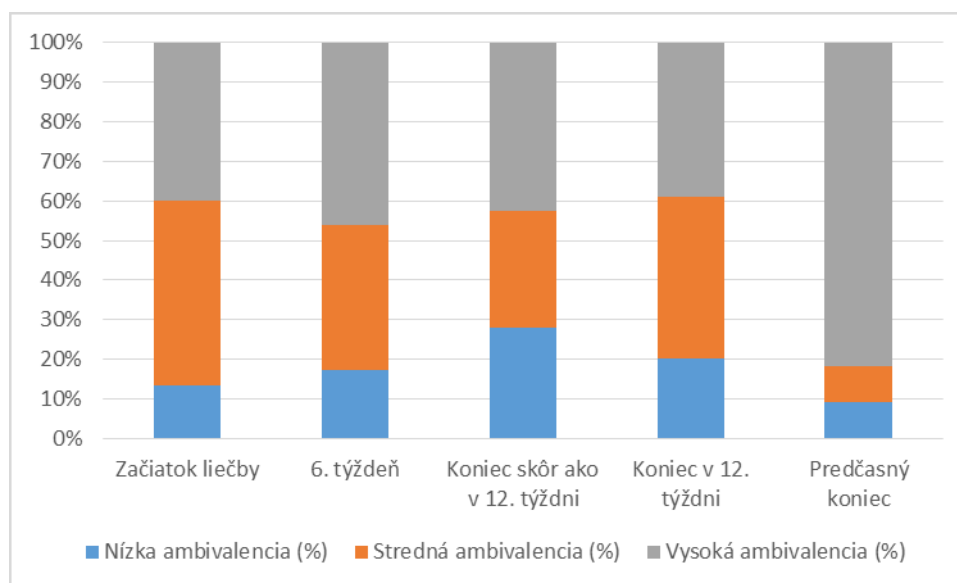
Na začiatku liečby vyplnilo dotazník Socrates 210 pacientov, po 6 týždňoch dvanásťtýždňovej liečby 111 pacientov, na konci liečby skôr ako v 12. týždni 67 pacientov a na konci dvanásťtýždňovej liečby 100 pacientov. Na začiatku liečby vykazovalo nízku úroveň rekognície 33,3 % pacientov, v 6. týždni dvanásťtýždňovej liečby 40,5 % pacientov, na konci liečby skôr ako v 12. týždni 20,9 % pacientov a na konci dvanásťtýždňovej liečby 34 % pacientov. Strednú úroveň rekognície vykazovalo na začiatku liečby 36,7 % pacientov, v 6. týždni dvanásťtýždňovej liečby 37,8 % pacientov, na konci šesťtýždňovej liečby 26,9 % pacientov a na konci dvanásťtýždňovej liečby 40 % pacientov. Vysokú mieru rekognície uvádzalo na začiatku liečby 30 % pacientov, v 6. týždni dvanásťtýždňovej liečby 21,6 % pacientov, na konci šesťtýždňovej liečby 52,2 % pacientov a na konci dvanásťtýždňovej liečby 26 % pacientov. Z pacientov, ktorí liečbu ukončili predčasne, uvádzalo na konci liečby nízku mieru rekognície 18,2 %, strednú mieru 54,5 % a vysokú mieru 27,3 % pacientov. Nasledujúci graf znázorňuje relatívne početnosti pacientov s nízkou, strednou a vysokou mierou rekognície problémov s alkoholom v jednotlivých fázach liečby.



Graf č. 16: Relatívne početnosti pacientov s nízkou, strednou a vysokou mierou rekognície problémov s alkoholom v rôznych fázach liečby.

Ambivalencia v rôznych fázach liečby

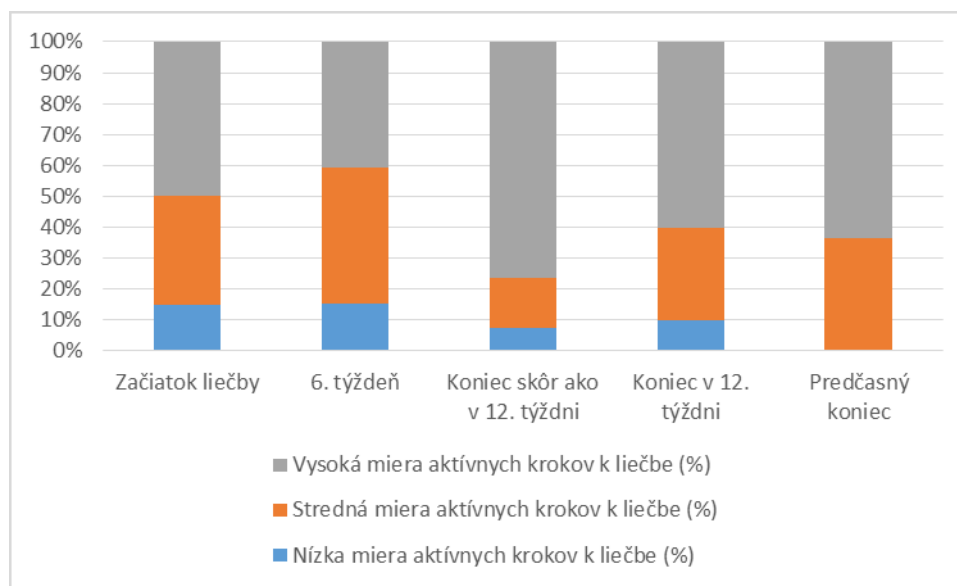
Na začiatku liečby uvádzalo nízku mieru ambivalencie 13,3 % pacientov, v 6. týždni dvanásťtýždňovej liečby 17,1 % pacientov, na konci liečby skôr ako v 12. týždni 27,9 % pacientov a na konci dvanásťtýždňovej liečby 20 % pacientov. Strednú mieru ambivalencie uvádzalo na začiatku liečby 46,7 % pacientov, v 6. týždni dvanásťtýždňovej liečby 36,9 % pacientov, na konci šesťtýždňovej liečby 29,4 % pacientov a na konci dvanásťtýždňovej liečby 41 % pacientov. Vysokú mieru ambivalencie uvádzalo na začiatku liečby 40 % pacientov, v 6. týždni dvanásťtýždňovej liečby 45,9 % pacientov, na konci šesťtýždňovej liečby 42,6 % pacientov a na konci dvanásťtýždňovej liečby 39 % pacientov. Z pacientov, ktorí liečbu ukončili predčasne, uvádzalo na konci liečby nízku mieru ambivalencie 9,1 %, strednú mieru rovnako 9,1 % a vysokú mieru 81,8 % pacientov. Relatívne početnosti pacientov s nízkou, strednou a vysokou mierou ambivalencie znázorňujeme aj v grafe č. 17.



Graf č. 17: Relatívne početnosti pacientov s nízkou, strednou a vysokou mierou ambivalencie voči problémom s alkoholom v rôznych fázach liečby.

Aktívne kroky k liečbe v rôznych fázach liečby

Na začiatku liečby uvádzalo nízku mieru aktívnych krokov k liečbe 14,8 % pacientov, v 6. týždni dvanásťtýždňovej liečby 15,3 % pacientov, na konci liečby skôr ako v 12. týždni 7,4 % pacientov a na konci dvanásťtýždňovej liečby 10 % pacientov. Strednú mieru aktívnych krokov k liečbe uvádzalo na začiatku liečby 35,2 % pacientov, v 6. týždni dvanásťtýždňovej liečby 44,1 % pacientov, na konci šesťtýždňovej liečby 16,2 % pacientov a na konci dvanásťtýždňovej liečby 30 % pacientov. Vysokú mieru aktívnych krokov k liečbe uvádzalo na začiatku liečby 50 % pacientov, v 6. týždni dvanásťtýždňovej liečby 40,5 % pacientov, na konci šesťtýždňovej liečby 76,5 % pacientov a na konci dvanásťtýždňovej liečby 60 % pacientov. Z pacientov, ktorí liečbu ukončili predčasne, uvádzalo na konci liečby strednú mieru aktívnych krokov k liečbe 36,4 % a vysokú mieru 63,6 % pacientov. Relatívne početnosti pacientov s nízkou, strednou a vysokou mierou aktívnych krokov k liečbe znázorňujeme aj v grafe č. 18.



Graf č. 18: Relatívne početnosti pacientov s nízkou, strednou a vysokou mierou aktívnych krokov k liečbe v rôznych fázach liečby.

Rozdiely v skóre škál dotazníka Socrates vzhľadom na dĺžku liečby

Pacienti končiaci liečbu skôr ako v 12. týždni uvádzali v porovnaní s pacientmi končiacimi v 12. týždni signifikantne vyššiu mieru rekognície ($U=2443,50$, $\text{sig.}=0,00$), aj keď tento rozdiel reprezentuje len malý efekt ($r=0,24$). Pacienti končiaci skôr ako v 12.

týždni uvádzali v porovnaní s pacientmi končiacimi v 12. týždni aj vyššiu mieru aktívnych krokov k liečbe ($U=2568,00$, $\text{sig.}=0,01$), pričom tento rozdiel reprezentuje tiež malý efekt ($r=0,21$). V miere ambivalencie sa títo pacienti pacienti vzhľadom na dĺžku liečby nelíšili ($U=3180,50$; $\text{sig.}=0,48$).

Zmeny v škálach dotazníka Socrates a v priebehu liečby

U pacientov sme sledovali zmeny v skóre jednotlivých škál dotazníka Socrates a v priebehu liečby. Testovali sme rozdiely medzi začiatkom a koncom liečby v 12. týždni ($n=16$), medzi začiatkom liečby a 6. týždňom dvanásťtýždňovej liečby ($n=59$), medzi začiatkom liečby a jej koncom skôr ako v 12. týždni ($n=31$) a medzi 6. týždňom dvanásťtýždňovej liečby a jej koncom v 12. týždni ($n=42$). Signifikantnú zmenu sme identifikovali v náraste skóre v škále aktívne kroky k liečbe medzi začiatkom liečby a jej koncom v 12. týždni ($Z=2,07$; $\text{sig.}=0,04$), kde tento rozdiel reprezentuje veľký efekt ($r=0,52$) a medzi 6. týždňom dvanásťtýždňovej liečby a jej koncom v 12. týždni ($Z=2,4$; $\text{sig.}=0,02$), kde tento rozdiel reprezentuje stredne veľký efekt ($r=0,37$). Všetky ostatné škály vo všetkých ostatných meraniach nevykázali v priebehu liečby signifikantné zmeny.

Vzťah subškál dotazníka Socrates so subškálami dotazníka pripravenosti k zmene a skóre v dotazníku AUDIT

Na overenie vzťahu medzi dimenziami dotazníka Socrates, dimenziami Dotazníka pripravenosti k zmene a dotazníkom AUDIT sme aplikovali štatistické testovanie korelácií (Pearson) a to medzi výsledným skóre v jednotlivých subškálach dotazníka a celkovým skóre v dotazníku AUDIT. Výsledky preukázali prítomnosť signifikantných korelácií medzi takmer všetkými sledovanými premennými a uvádzame ich v tabuľke č. 4.

	Prekontemplácia	Kontemplácia	Akcia	AUDIT
Rekognícia	$r = -0,42^{**}$	$r = 0,45^{**}$	$r = 0,18^{**}$	$r = 0,37^{**}$
Ambivalencia	$r = -0,19^{**}$	$r = 0,40^{**}$	$r = 0,18^{*}$	$r = 0,14^{*}$
Aktívne kroky	-	$r = 0,30^{**}$	$r = 0,54^{**}$	-

* $\text{sig}<0,05$; **- $\text{sig.}<0,01$

dvojsmerný test signifikancie

Tab. č. 4: Koeficienty korelačnej analýzy medzi subškálami dotazníkov Socrates, Dotazníka pripravenosti k zmene a skóre dotazníka AUDIT

Zhrnutie výsledkov dotazníka Socrates

Na posúdenie rekognície problémov s alkoholom, ambivalencie voči problémom s alkoholom a aktívnych krokov k liečbe sme pacientom opakovane administrovali dotazník Socrates. Deskriptívna analýza výsledkov dotazníka (grafy č. 16, 17 a 18) ukázala, že na začiatku liečby uvádzalo vysokú úroveň rekognície problémov s alkoholom 30 % pacientov, strednú úroveň rekognície 36,7 % pacientov a nízku úroveň rekognície 33,3 % pacientov. Vysokú úroveň ambivalencie voči problémom s alkoholom uvádzalo 40 % pacientov, strednú mieru ambivalencie 46,6 % pacientov a nízku mieru ambivalencie uvádzalo len 13,3 % pacientov. Vysokú mieru aktívnych krokov k liečbe uviedlo na začiatku liečby 50 % pacientov. strednú mieru aktívnych krokov uviedlo 35,2 % pacientov a nízku mieru aktívnych krokov uviedlo 15,3 % pacientov. Signifikantné zmeny počas liečby sme zaznamenali len v škále aktívne kroky k liečbe, kde sme zaznamenali nárast medzi začiatkom liečby a jej koncom v 12. týždni a tiež medzi 6. a 12. týždňom dvanásťtýždňovej liečby. V ostatných škálach k zmenám nedošlo.

Keďže jedným z čiastkových cieľov výskumu bolo aj identifikovanie premenných potenciálne súvisiacich s predčasným koncom liečby u niektorých pacientov, v tejto súvislosti je pozoruhodná veľmi vysoká miera ambivalencie voči problémom s alkoholom u pacientov, ktorí liečbu ukončili predčasne. Vysoká miera ambivalencie sa teda javí ako jeden z možných faktorov predčasných odchodov pacientov z liečby.

7. Zhrnutie

Výskumný súbor tvorilo 380 pacientov závislých od alkoholu, z toho 282 mužov a 98 žien. Priemerný vek v súbore bol 44,58 rokov, pričom u mužov to bolo 44,04 a u žien 46,18 rokov. Väčšinu výskumného súboru tvorili pacienti OLÚP Predná Hora (n=212), potom pacienti Wotuw Krakow (n=117) a pacienti psychiatrickej liečebne Pateb Jemnice (n=51).

Takmer polovica (46,5 %) pacientov bola nezamestnaná, 36,7 % pacientov malo stále zamestnanie. 6,9 % pacientov bolo na invalidnom dôchodku, 9 % na starobnom dôchodku a asi 1 % tvorili študenti.

Približne tretina pacientov bola v dobe liečenia v manželskom zväzku (37,4 %), nasledovali slobodní (30,1 %), rozvedení (28,7 %) a ovdovení pacienti (3,8 %). Štatistická analýza ukázala, že slobodní pacienti vykazovali závažnejší vzorec problémov s alkoholom, než pacienti v manželstve a rozvedení pacienti.

Takmer 60 % pacientov malo okrem závislosti od alkoholu aj minimálne jednu pridruženú psychiatrickú diagnózu. Okrem diagnóz súvisiacich s užívaním alkoholu (8,5 %), a iných psychoaktívnych látok ako tabak (40 %), sedatíva a hypnotiká (2,5 %), kanabis (1%), prípadne viacerých drog a iných psychoaktívnych látok (3,5 %), išlo najčastejšie o afektívne poruchy (5,5 %), neurotické, stresom podmienené a somatoformné poruchy (5 %), poruchy osobnosti (4 %), organické duševné poruchy (4 %), patologické hráčstvo (3,5 %) či schizofrénie, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi (2 %). Väčšina pacientov (66,3 %) užívala psychofarmaká na predpis.

Najčastejším dôvodom liečenia bola vo všeobecnosti túžba skončiť s alkoholom (35,2 % pacientov), výrazný bol tlak rodiny, ktorý ako hlavnú motiváciu uviedlo 20,3 % pacientov. Častou motiváciou k liečbe bola aj strata schopnosti zvládať každodenný život (12,8 % pacientov) alebo nepriaznivý zdravotný stav (12,3 %). Súдне bolo nariadených 12,3 % hospitalizácií, 4 % pacientov prišlo na liečenie na podnet psychiatra alebo známeho a 2,2 % pacientov uviedlo ako hlavnú motiváciu ultimátum od partnera.

Jedným z hlavných cieľov výskumu bolo zmapovať, v akom štádiu zmeny sa pacienti nachádzajú v rôznych fázach liečby. Tabuľka č. 2 zobrazuje absolútne a relatívne početnosti pacientov v jednotlivých štádiách zmeny v rôznych fázach liečby, kde veľká väčšina pacientov spadá už na začiatku liečby do štádia akcie (68,5 % pacientov), resp. prípravy (26,3 %). Počas následnej liečby už k signifikantným zmenám v pripravenosti na

zmenu nedošlo. Zaujímavé ale je, že pacienti, ktorí liečbu končili skôr ako v 12. týždni, boli s malým rozdielom vo vyššom štádiu zmeny, ako pacienti končiaci v 12. týždni

Závažnosť užívania alkoholu u pacientov sme merali dotazníkom AUDIT, ktorý vyplnilo na začiatku liečby 212 pacientov s priemerným skóre 25,02. Len 3 pacienti (1,4 % súboru) zaznamenali skóre, ktoré nie je indikátorom škodlivého pitia, 13 pacientov (6,1 %) skórovalo do pásma strednej úrovne problémov s alkoholom. 31 pacientov (14,7 %) skórovalo do pásma vysokej úrovne problémov s alkoholom, kým zvyšných 166 pacientov (75,9 %) skórovalo do pásma závislosti od alkoholu. Tabuľka č. 3 znázorňuje, že skóre v dotazníku AUDIT je v zápornom vzťahu so škálou prekontemplácie a v pozitívnom vzťahu so škálou kontemplácie dotazníka pripravenosti zmeny. Okrem toho, pacienti vo fáze akcie dosiahli v dotazníku AUDIT signifikantne nižšie skóre než pacienti v štádiu prípravy.

Korelačná analýza následne ukázala, že závažnosť užívania alkoholu pozitívne koreluje s mierou psychopatológie vo všetkých subškálach dotazníka SCL-90 (tabuľka č. 4). Inými slovami, čím závažnejšie bolo užívanie alkoholu, tým väčšiu mieru psychopatológie pacient vykazoval.

V jednotlivých fázach liečby sme pacientov sme na základe celkového skóre (global severity index) v dotazníku SCL-90 rozdelili podľa cut-off skóre na pacientov s normálnou úrovňou psychopatológie a dysfunkčnou, teda klinicky závažnou úrovňou psychopatológie. Na grafe č. 4 vidieť, že kým na začiatku liečby disponovalo klinicky závažnou úrovňou psychopatológie 57,9 % pacientov, po 6. týždňoch to bolo už len 19,8 % pacientov. U pacientov, ktorí liečbu skončili skôr ako v 12. týždni, disponovalo klinicky závažnou mierou psychopatológie 36,2 %, u pacientov končiacich v 12. týždni to bolo len 18,1 %. Z pacientov, ktorí liečbu končili predčasne, vykazovalo klinicky závažnú mieru psychopatológie 44,4 %.

Dôležité tiež je, že počas liečby došlo u pacientov k výraznej redukcii psychopatologických symptómov. V porovnaní so začiatkom liečby sme zaznamenali signifikantný pokles psychopatológie po 6 týždňoch dvanásťtýždňovej liečby, na konci liečby skôr ako v 12. týždni a tiež na konci dvanásťtýždňovej liečby. Pozoruhodné je, že pacienti, ktorí liečbu končili po 12. týždňoch, vykazovali nižšiu mieru psychopatológie, ako pacienti končiaci skôr ako v 12. týždni.

Čo sa týka zmien skóre v jednotlivých subškálach dotazníka SCL-90, tak počas liečby sa znížilo skóre v každej subškále dotazníka bez ohľadu na dĺžku liečby. K výraznému poklesu psychopatológie pritom došlo už v 6. týždni dvanásťtýždňovej

liečby. Relatívne početnosti pacientov s normálnou a klinicky závažnou mierou psychopatológie v jednotlivých subškálach dotazníka SCL-90 ilustrujú grafy č. 7 - 15.

Na posúdenie rekognície problémov s alkoholom, ambivalencie voči problémom s alkoholom a aktívnych krokov k liečbe sme pacientom opakovane administrovali dotazník Socrates. Deskriptívna analýza výsledkov dotazníka (grafy č. 16, 17 a 18) ukázala, že na začiatku liečby uvádzalo vysokú úroveň rekognície problémov s alkoholom 30 % pacientov, strednú úroveň rekognície 36,7 % pacientov a nízku úroveň rekognície 33,3 % pacientov. Vysokú úroveň ambivalencie voči problémom s alkoholom uvádzalo 40 % pacientov, strednú mieru ambivalencie 46,6 % pacientov a nízku mieru ambivalencie uvádzalo len 13,3 % pacientov. Vysokú mieru aktívnych krokov k liečbe uviedlo na začiatku liečby 50 % pacientov. strednú mieru aktívnych krokov uviedlo 35,2 % pacientov a nízku mieru aktívnych krokov uviedlo 15,3 % pacientov. Signifikantné zmeny počas liečby sme zaznamenali len v škále aktívne kroky k liečbe, kde sme zaznamenali nárast medzi začiatkom liečby a jej koncom v 12. týždni a tiež medzi 6. a 12. týždňom dvanásťtýždňovej liečby. V ostatných škálach k zmenám nedošlo.

Keďže jedným z čiastkových cieľov výskumu bolo aj identifikovanie premenných potenciálne súvisiacich s predčasným koncom liečby u niektorých pacientov, v tejto súvislosti je pozoruhodná veľmi vysoká miera ambivalencie voči problémom s alkoholom u pacientov, ktorí liečbu ukončili predčasne. Vysoká miera ambivalencie sa teda javí ako jeden z možných faktorov predčasných odchodov pacientov z liečby.

8. Diskusia

8.1 Diskusia k výskumným otázkam

Jednou z hlavných výskumných otázok bolo (č. 3), v akom štádiu zmeny sa nachádzajú pacienti, ktorí prichádzajú na protialkoholickú liečbu. Z výsledkov vyplýva, že prevažná väčšina pacientov sa už pri príchode vníma v štádiu akcie alebo prípravy. Tieto zistenia sú v súlade s výsledkami výskumu Le Berra et al. (2012), v ktorom v štádiu akcie bolo na začiatku liečby 67 % probandov závislých od alkoholu. V ďalších etapách liečby sa toto percento významne nemení, avšak znižuje sa počet ľudí, ktorí boli na začiatku v štádiu prekontemplácie a kontemplácie (tabuľka č.1). V prípade liečby, ktorá sa končí skôr ako v 12 týždni, je v porovnaní so skupinou ktorá končí liečbu v 12 týždni, signifikantne

vyššie percento ľudí, ktorí sa vnímajú, že sú v štádiu akcie. Tento rozdiel je pravdepodobne spôsobený rozdielnosťou skupín, pretože ďalšie výsledky ukazujú, že opakovane dopytovaní pacienti sa počas liečby do vyššieho štádia zmeny neposúvali. Ďalšiu z možných odpovedí môžeme nájsť v špirále štádií zmeny (Prohaska, Norcross, 1999). V 12 týždňovej liečbe už mohli pacienti plynule prejsť do štádia udržiavania, či do štádia prevencie relapsu. Tento proces však použitý dotazník RCQ nie je schopný zachytiť. Keďže predpokladáme, že časť pacientov medzi 6 a 12 týždňom môže byť aj vo fáze udržiavania, či prevencie relapsu, odporúčame zamerať sa na konkrétne ciele ktoré sú podstatné aj pre túto fázu. Ku koncu liečby je jednotlivец najzraniteľnejší a prechádza procesom separácie do štádia, v ktorom bude musieť vyvinúť sám najväčšiu časť iniciatívy a sám podniknúť konkrétne kroky mimo chráneného prostredia a odborníkov, ktorí mu v tom pomáhali. Zároveň je potrebné si uvedomiť, že ide o dynamický proces, v ktorom môže pacient prirodzene regredovať do predchádzajúceho štádia zmeny. K podobným tvrdeniam dospeli aj Prochazka a Di Clemente (1983), ktorí uvádzajú, že pacienti v štádiu akcie (v porovnaní s pacientmi, ktorí prešli zo štádia prekontemplácie do štádia kontemplácie) samovoľne prechádzajú do nižšieho štádia. To je pozitívnym prvkom v procese terapie, ktorý umožňuje zvýšenú mieru uvedomenia si, čo sa dialo v predchádzajúcom štádiu zmeny. Ďalším z dôvodov, prečo sa tak pacienti popisujú, môže byť to, že sa jedná už o vybranú skupinu - nie je to reprezentatívna vzorka ľudí, ktorí majú v spoločnosti problém so závislosťou od alkoholu. Dá sa teda predpokladať, že títo pacienti prešli predošlými stupňami zmeny ešte pred príchodom na liečbu a sú rozhodnutí buď dosiahnuť zmenu, a zbaviť sa závislosti (u 68,5%), alebo sú v štádiu prípravy potom, čo sa rozhodli, že chcú riešiť svoj problém so závislosťou v blízkej budúcnosti (26,3%).

Keďže sa jedná o sebaopisový dotazník, výsledky považujeme za subjektívne výpovede pacientov, vyjadrujúce to, ako sa na začiatku liečby vnímajú. U pacientov v štádiu akcie to znamená, že sa vnímajú tak, že už menia svoje správanie, zážitky a/alebo prostredie, aby svoje problémy prekonali. Akcia zahrňuje najnápadnejšie zmeny v správaní a vyžaduje značné množstvo času a energie. Najviac je možné vidieť zmeny problematického správania dosiahnuté v štádiu akcie a okolie ich aj najviac oceňuje. Ľudia, vrátane odborníkov, často mylne kladú rovnítko medzi akciou a zmenou. V dôsledku toho prehliadajú nutnú prácu, ktorá ľudí na akciu pripraví, ako aj dôležité úsilie, nevyhnutné k udržaniu zmien i po akcii. (Prochazka, Norcross, 1999)

Výsledky môžu byť ovplyvnené aj tým, že u časti pacientov sa jedná o opakované hospitalizácie za účelom liečenia a táto časť výskumnej vzorky je už edukovaná a prijíma

potrebu liečby na vedomej úrovni. Výsledky interpretujeme tak, že dotazník túto skupinu v priebehu hospitalizácie nediferencuje dostatočne vzhľadom k tomu, že sa mení kontext, v ktorom pacienti dotazníky vyplňajú a nie je možnosť presne popísať a definovať konkrétne správanie súvisiace s nadužívaním alkoholu (chránené prostredie). Pacienti často vnímajú ako najdôležitejší krok samotný príchod do protialkolickej liečebne (kvalitatívna analýza). Toto považujú už za znak akcie, hoci v skutočnosti sa jedná o výsledok viacerých faktorov (nátlak rodiny, zamestnávateľa, debaklová životná situácia, príchod zimy a pod.). Dotazník je zároveň je stavaný tak, že núti pacientov odpovedať buď sociálne žiadúco alebo tak, ako by sa chceli vidieť. Jeho obmedzením pre naše účely bola jeho krátkosť, a to, že nemeral žiadne konkrétne kroky, ktoré by akciu vyjadrovali.

V štádiu akcie bolo aj 77,8 percent pacientov, ktorí liečbu predčasne ukončili. Jedná sa však len o malú vzorku 9 pacientov, preto tento údaj interpretujeme len s veľkou opatrnosťou ako fakt, že motivačné štádium nebolo podstatnou príčinou predčasného ukončenia liečby.

Obdobný obraz popisujú výsledky v škále kroky dotazníka Sokrates. Aj keď pacienti končiaci skôr ako v 12. týždni liečby vykazujú signifikantne vyšší podiel miery aktívnych krokov v liečbe v porovnaní s koncom 12 týždňovej liečby, signifikantný rozdiel medzi začiatkom a koncom liečby je len v prípade pacientov, ktorí absolvovali 12 týždňovú liečbu. Táto vzorka však obsahovala len 16 ľudí a tak by bolo veľmi užitočné pokračovať v sledovaní a zistiť, či sa tento trend potvrdí aj v početnejšej vzorke pacientov. Výsledky môže ovplyvniť aj predošlá liečba, ktorú pacient absolvoval pred súčasnou, (napr. ambulantná liečba, alebo ambulancie v Poľsku, ktoré týždeň pred liečbou pripravujú pacienta na liečbu). Obdobný výsledok bol v škále rekognície, kde pacienti končiaci skôr ako v 12 týždni vykazovali signifikantne vyššiu mieru rekognície, ako pacienti končiaci v 12 týždni, avšak nenašiel sa žiaden signifikantný rozdiel medzi začiatkom a koncom liečby (či už v 12 týždni alebo končiacich skôr).

Skupina pacientov, ktorí liečbu ukončili skôr, sa vyznačovala hlavne vyššou mierou ambivalencie, avšak vzhľadom k malému počtu pacientov toto zistenie bude potrebné ešte ďalej výskumne overiť.

Odpoveď na počiatočný stav súvisiaci so symptómami závislosti v čase príchodu na liečbu - závažnosť užívania alkoholu (otázka.č.1) - sme merali dotazníkom AUDIT. V dotazníku sa väčšina pacientov vnímala ako závislá od alkoholu. Na začiatku liečby 75 % pacientov kriticky popisuje svoj problém s alkoholom, uznáva ho ako ochorenie so závažnou diagnózou a potrebou liečby. Skóre v dotazníku AUDIT pozitívne

koreluje so skóre v škále kontemplácie a negatívne so skóre v škále prekontemplácie. Ľudia, ktorí vysoko skórovali v škále prekontemplácie uvádzali, že pili menej. Títo ľudia vnímajú svoj problém na úrovni spoločenského pitia. Uvádzanie vyššej spotreby alkoholu pozitívne koreluje s uvedomením si vlastného problému s alkoholom, avšak nemá žiaden vzťah ku konkrétnym krokom (štádiu akcie) dotazníka RCQ. Jednoducho povedané, poznanie toho, že jedinec pije príliš veľa neznamena, že niečo s tým aj konkrétne robí. Ľudia v štádiu akcie však majú nižšie skóre v dotazníku AUDIT, ako ľudia v štádiu prípravy (nízky efekt pri signifikantnom rozdiely) – bolo by možné teda predpokladať, že už nejaké kroky urobili. Tieto výsledky potvrdzuje aj vzťah miery problémového pitia a škál dotazníka Sokrates. Najsilnejší vzťah je voči škále rekognície a najslabší k škále aktívne kroky. Len malé percento ľudí popiera problémy s alkoholom. Korelácia s rekogníciou upozorňuje na potrebu viac sa venovať tým ľuďom, ktorí nevnímajú svoje pitie ako neprimerané, problémové a neboli motivovaní k liečbe z vnútorných, ale iba z vonkajších dôvodov. Je potrebné zvýšiť najprv ich uvedomenie a potom pracovať na konkrétnych krokoch (zaradenie do motivačnej skupiny, empatická konfrontácia). Toto zároveň úzko súvisí s tendenciou pochybovať, či je problém naozaj taký závažný. Čím väčšie sú pochybnosti, tým je človek neistejší. Často dochádza k zvýšeniu ambivalencie aj cca po 6 týždni, keď sa upraví somatický stav. Je zaujímavé (napriek tomu, že bol vo vzorke malý počet ľudí), že najvyššia miera ambivalencie bola u ľudí, ktorí predčasne opustili liečbu. Z pozorovaní terapeutických pracovníkov (osobné informácie) vyplýva, že pacienti v čase, keď sa upraví ich somatický stav, často začínajú spochybňovať svoje predchádzajúce abstinénne nastavenia a rozmyšľajú o kontrolovanom pití („cítim sa lepšie, resocializáciu nepotrebujem“).

Druhá výskumná otázka bola zameraná na psychopatologické fenomény u pacientov a ich zmenu v priebehu liečenia. Mieru psychopatologických symptómov sme merali dotazníkom SCL-90. Miera závažnosti celkového skóre vyjadreného GSI indexom indikuje, že porovnávaním začiatku liečby, kde prevažovala klinicky závažná úroveň psychopatológie, v ďalších fázach liečby dochádza k signifikantnému poklesu jej závažnosti a nárastu počtu pacientov s normálnu úrovňou psychopatológie. Pacienti, ktorí ukončili liečbu v 12 týždni, vykazovali na konci liečby signifikantne nižšiu mieru psychopatológie, než pacienti končiaci liečbu v 6 týždni a to vo všetkých subškálach SCL, s výnimkou subškály fobie. Je pozoruhodné, že tento pokles bol nameraný už v 6 týždni liečby napriek tomu, že pacienti nekončili liečbu a signifikantne sa nelíšili od skupiny, ktorá liečbu ukončila v 12 týždni (graf č. 3). Možno predpokladať, že k najvýraznejšiemu poklesu

psychopatológie dochádza v prvých týždňoch liečby. Pacient príde obvykle v závažnom stave, následne je medikovaný, klinický stav sa stabilizuje, dochádza k úprave somatického stavu, začína chodiť na terapeutické skupiny, v dôsledku čoho príde k výraznejšiemu ústupu psychopatológie. Nástup efektu psychoterapie v porovnaní s medikáciou je síce pomalší, ale zase s dlhodobejším efektom. Práve pokles psychopatológie je nutný, aby bolo možné terapeuticky s pacientom pracovať, pretože prestáva byť blokovaná jeho kognitívna kapacita a tým pádom dokáže efektívnejšie pracovať na skupinách. Je otázne, či by sa pri prípadnom predĺžení liečby dosiahol iný, štatisticky významnejší rozdiel (medzi 6 a 12 týždňom, resp. koncom liečby).

Výsledky ukázali signifikantný vzťah medzi závažnosťou užívania alkoholu a mierou psychopatológie. K veľmi podobným výsledkom vo svojom výskume dospeli napr. aj Schaefer, Sobieraj a Hollyfield (1987), prípadne Landa et al. (1995), ktorí tiež zistili signifikantný vzťah medzi závažnosťou užívania alkoholu a medzi množstvom a intenzitou psychopatologických symptómov u hospitalizovaných, resp. ambulantných od alkoholu závislých pacientov. Keďže sa zistil štatisticky významný vzťah medzi závažnosťou pacientovej závislosti (hodnotený dot. AUDIT) a mierou psychopatológie (tab. č.2), je pravdepodobné, že prerušenie pitia alkoholu by výrazne zredukovalo závažnosť psychopatológie meranej dotazníkom SCL-90. Miera poklesu psychopatológie nie je u všetkých škál rovnaká, škály, ktoré viac súvisia s osobnostnou štruktúrou (napr. hostilita, v prvých 6 týždňoch efekt 0,37 oproti depresii 0,78), sú odolnejšie ako voči farmakologickému, tak voči terapeutickému prístupu a menej ich ovplyvní v priebehu liečby aj abstinencia. Somatizačné a úzkostno depresívne stavy reagujú na liečbu veľmi dobre a stabilizujú sa už po prvých šiestich týždňoch. V škále obsesí, kompulzií a úzkosti sa prejavuje signifikantný pokles aj v čase liečby od 6 – 12 týždňov. Práve práca s prechodom z chráneného do prirodzeného prostredia teda úzko súvisí s reštruktúraciou množstva obavných, či ruminačných myšlienok a s úpravou psychického stavu s dominujúcou obsesívno - kompulzívnou zložkou (myšlienky spojené s cravingom).

Porovnanie miery psychopatológie s komorbidnými diagnostickými kategóriami, s ktorými pacienti prišli na liečenie (afektívne poruchy 5,5 %, neurotické, stresom podmienené a somatoformné poruchy 5 %, poruchy osobnosti 4 %, organické duševné poruchy 4 %, patologické hráčstvo 3,5 % či schizofrénia, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi 2 %), naznačuje, že buď sa tieto poruchy nediagnostikujú dostatočne, alebo výrazná psychoatológia meraná dotazníkom je typická pre závislosti a pri liečbe primárnej diagnózy dochádza k jej čiastočnému ústupu.

Vzhľadom k dobrej diferenciacii zmeny psychopatológie počas liečby odporúčame tento dotazník zahrnúť do screeningovej batérie, prípadne ho počas liečby administrovať opakovane.

8.2 Limity výskumu

Za limity našich výskumných zistení považujeme získavanie údajov od rôznych skupín a preto niektoré zmeny môžu byť ovplyvnené aj rozdielmi medzi skupinami, nie len dĺžkou liečby. Zdá sa, že presnejšie údaje nám poskytuje kontinuálne sledovanie a preto v meraní chceme u pacientov, ktorí boli zaradení do výskumnej vzorky, pokračovať aj po ukončení projektu (týka sa liečebne OLÚP, P.H). Podobne je problematické posúdiť skupinu pacientov, ktorí liečbu predčasne ukončili a to pre nízky počet pacientov.

Otázne je tiež, nakoľko presne postihuje 12 položkový dotazník RCQ nielen pripravenosť k akcii, ale aj konkrétne viditeľné kroky. Tu by bolo vhodné tieto kroky ďalej operacionálne definovať. Je dotazník RCQ vhodný na diferenciaciu v rôznych etapách liečenia? Ako veľmi užitočným sa na základe výskumných údajov ukázal dotazník SCL-90, ktorý sa zdá byť v ústavných podmienkach dostatočne citlivý. Výsledky výskumu poukazujú na to, že aj 6 týždňová liečba je na udržanie motivačného štádia a na dosiahnutie výrazného poklesu psychopatológie dostatočne účinná. Výhodou 12 týždennej liečby je však ďalšie zníženie psychopatológie.

Odporúčanie

V rámci tejto práce považujeme za nedostatočné to, že neboli vyhodnotené rozdiely výsledkov medzi jednotlivými pracoviskami a krajinami na základe limitu výskumu a ukončenia projektu, preto odporúčame v budúcnosti alebo v inej práci túto analýzu previesť. Doporučujeme tiež pokračovať vo výskume a zosnímať vyšší počet ľudí a to vo všetkých štádiách liečby. Ako vhodnejšie sa ukazuje kontinuálne meranie u tých istých pacientov. Tak ako sme predpokladali, že väčšina pacientov, ktorí prichádzajú na liečbu, sa nachádza v štádiu akcie, alebo prípravy. Výskum nepotvrdzuje, že by tieto štádia boli závislé od psychopatologického stavu. Pre terapeutický proces je potom dôležité ponúknuť pacientom konkrétne kroky, ktoré by túto akciu premietli do konkrétnych zmien v ich živote. Korelácia s rekogníciou upozorňuje na potrebu viac sa venovať tým ľuďom, ktorí

nevnímajú svoje pitie ako neprimerané, problémové a neboli motivovaní k liečbe z vnútorných, ale z vonkajších dôvodov. Navrhujeme aplikovať do praxe zvýšenie ich uvedomenia a potom terapeuticky pracovať na konkrétnych krokoch.

9. Záver

Výsledky výskumu nás oprávňujú tvrdiť, že väčšina pacientov, ktorí prichádzajú na liečbu, sa nachádza v štádiu akcie, alebo prípravy. Tieto štádia sa významnejšie počas liečby nemenia. Výskum nepotvrďuje, že by tieto štádia boli závislé od psychopatologického stavu. Výsledky poukazujú na to, že hoci si jedinec uvedomuje, že pije príliš veľa, neznamená to, že proti tomu niečo konkrétne aj robí. Pre terapeutický proces je potom dôležité ponúknuť pacientom konkrétne kroky, ktoré by túto akciu premietli do konkrétnych zmien v ich živote. Korelácia s rekogníciou upozorňuje na potrebu viac sa venovať tým ľuďom, ktorí nevnímajú svoje pitie ako neprimerané, problémové a neboli motivovaní k liečbe z vnútorných, ale z vonkajších dôvodov. Je potrebné najprv zvýšiť ich uvedomenie a potom pracovať na konkrétnych krokoch.

Podrobné monitorovanie vývoja psychického stavu pacienta dotazníkom SCL-90 počas liečby ukázalo významný pokles psychopatológie už na konci 6 týždňov a tento pokles pokračoval aj pri 12 týždňovom hodnotení. Keďže sa zistil štatisticky významný vzťah medzi závažnosťou pacientovej závislosti a mierou psychopatológie, potvrdilo sa, že zastavenie užívania alkoholu výrazne redukuje závažnosť psychopatológie. Somatizačné a úzkostno depresívne stavy reagujú na liečbu veľmi dobre a stabilizujú sa už po prvých šiestich týždňoch. Naše výsledky svedčia o schopnostiach pacientov konceptualizovať svoje aktuálne problémy.

Identifikovanie premenných súvisiacich s predčasnými dobrovoľnými odchodmi z liečby, s cieľom do budúcnosti ich aj predikovať a predchádzať im, bolo problematické kvôli nízkemu počtu pacientov, ktorí počas výskumu liečbu svojvoľne ukončili. Rysuje sa tu však výrazná rola vysokej miery ambivalencie.

10. Použitá literatúra

1. Banský, J., Heretik, A.,sr. (2004). Faktory sebaúčinnosti u závislých od alkoholu. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, roč.39, číslo 4-5, str. 197-210.
2. Benkovič, A., Garaj, V. (2009). Kvalita života u ľudí závislých od alkoholu a jej zmena v priebehu liečby. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, roč.44, číslo 3, str. 129-152.
3. Cermak, T. (1986). Treating multiple substance abuse clients. *Recent Develompments in alcoholism*.Cermak, T. (1986): Diagnosis and treating co-dependence.JohnsonInstitute.http://books.google.cz/books?id=8IRt8bYu8kgC&printsec=frontcover&dq=codependence+cermak&source=bl&ots=0UtbasDjzJ&sig=JgyyQZRqWO7EQzRUwYqgRAc19B4&hl=cs&ei=Wz_iTIqaBs3wsganv_nuCW&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CBYQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false
4. Clarkin, J.F., Levy, K.N. (2004): The Influence of Client Variables on Psychotherapy. In Lambert, M.J. (ed.), *Bergin's and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Change* (pp. 194-226). New York: John Wiley.
5. Cohen, J. (1988): *Statistical power analysis for the behavioral science*. 2.vydání. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
6. Connors, G. J. – Diclemente, C. C. – Valasquez, M. M.- Donovan, D. M. (2015). *Etapy zmiany w terapii uzaleznien*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellonkiego.Krakow.
7. Červená, H. (2007). Obranné mechanismy ega u klientů se syndromem závislosti na alkoholu. *Adiktologie*, roč.7, č.1, str. 22-39.
8. Demmel, R., Beck, B., Richter, D., Reker, T. (2004). Readiness to Change in a Clinical Sample of Problem Drinkers: Relation to Alcohol Use, Self-Efficacy, and Treatment Outcome. *Eur Addict Res* 2004; vol. 10. No.3: pp. 133–138.
9. Doležalová, P. (2006). Kvalita života drogově závislých v terapeutických komunitách. *Adiktologie*, roč.6, č.1, str. 12-25.
10. Dreikurs, R. (1957). *Psychology in the classroom*. New York: Harper.
11. Dreikurs, R. (1990). *Social Equality: The Challenge of Today*. Chicago: Alfred Adler Institute.

12. Ellis, A.(1996). Better Deeper and More Enduring Brief Therapy, The Rational Emotive Behavior Therapy Approach. New York: Brunner/Mazel Publishers.
13. Greenwald, A. G.(1980). The Totalitarian ego: Fabrication and revision of personal history. In: American Psychologist.
14. Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. (2001): NTORS after 5 Years. The National Treatment Outcome Research Study. London: National Addiction Centre.http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digital_asset/dh_4019729.pdf
15. Halama, P., Bieščad, M. (2006). Psychometrická analýza Rosenbergovej škály sebehodnotenia s použitím metód klasickkej teórie testov (CTT) a teórie odpovede na položku (IRT). Československá psychologie, roč. 50, číslo 6, str. 569-83.
16. Charvát, M. (2009). Vybrané osobnostní charakteristiky dlouhodobých a pravidelných uživatelů konopných drog. Adiktologie, roč.9, č.3, str.140–150.
17. Chromčák, J. (2010). Změna v sebehodnocení a výsledný efekt v léčbě závislosti ve vztahu k rysům osobnosti: výzkum v rámci mužského režimového oddelení psychiatrické léčebny. Diplomová práce: Brno.
18. Heller, J., Pecinová, O., a kol.(1996). Závislost známa neznáma. Havlíčkův Brod: Grada Publishing.
19. Jones, A., Donmall, M., Miller, T., Moody, A., Weston, S., Anderson, T., et.al. (2009): TheDrug Treatment Outcomes Research Study (DTORS): Final outcomes report. 3rd Edition.
20. Kalina, K. a kol. (2003): Drogy a drogové závislosti 1 + 2. Praha: Úřad vlády České republiky.
21. Kalina, K.(2008), *a*: Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí.Praha: Grada Publishing.
22. Kalina, K. a kol. (2008), *b*: Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing.
23. Kalina, K. (2013). Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii. Havlíčkův Brod: Grada.
24. Kalina, K. a kol. (2015). Klinická adiktologie. Příbram: Grada.
25. Kaufman, E. (1994): Psychotherapy of Addicted Person. New York: Guilford Press.

26. Korpala, B. (2013). *Osobowościowe uwarunkowania dynamiki zdrowienia u osob uzależnionych od alkoholu*. Zinél, Kraków.
27. Kooyman, M., De Leon, G., Nevšimal, P. (2004): *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Praha: Středočeský kraj a Magdaléna, o.p.s.
28. Komadová, K., Heretik, A. (2002). Sociální fobie a závislost od alkoholu II. Osobnostné charakteristiky závislých od alkoholu so sociálnou fobiou. Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor), roč.37, číslo 1.
29. Kratochvíl, S. (2005). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén.
30. Kubička, L. (1975). Ústavní léčba alkoholismu. Dynamika – výsledky – predikční faktory. Zprávy 1975, číslo 29. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický Praha.
31. Kubička, L., Skála, J. (1982). Průběh a pětiletý výsledek protialkoholní léčby u pacientů hospitalizovaných 6 a 13 týdnů. In L. Kubička, J. Skála (Eds.): *Sborník studií o abúzu alkoholu a jiných návykových látek: Zprávy 1982, číslo 42.* (str. 185– 219). Výzkumný ústav psychiatrický Praha 8-Bohnice.
32. Kratochvíl, S. (1998). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
33. Kratochvíl, S. (2002). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
34. Kunda, S. a kol. (1988): *Klinika alkoholizmu*. Martin: Osveta.
35. Landa, N. – Fernandez - Montalvo, J. – Lopez - Goni, J. J. - Lorea, I. (1995). Psychopathological comorbidity in alcoholism: A descriptive study. In *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
36. Le Berre, A. P. - Vabret, F. - Cauvin, C. - Pinon, K. - Allain, P. - Pitel, A. L. - Eustache, F. - Beaunieux, H. (2012). Cognitive barriers to readiness to change in alcohol-dependent patients. In *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*.
37. Lippertová-Grunerová, Marcela. (2005). *Neurorehabilitace*. 1. vyd. Praha: Galén.
38. Nešpor, K. (2006). *Zůstat střízlivý*. Brno: Vydavatelství Host.
39. Nešpor, K. (2000). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
40. Nešpor, K., Csémy, L. (1996): *Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
41. Newcombe, R. (2004): *Programy substituční léčby problémových uživatelů drog Británie* http://www.adiktologickakonference.cz/wp/wpcontent/uploads/04_Newcombe_text.pdf

42. Nociar, A.(2009). Drogové závislosti. VŠZaSPsv.Alžbety. Bratislava. 2009.
43. Nociar, A.(1996). Úvod do liečby drogových závislosti. Asklepios. Bratislava.
44. Okruhlica, Ľ., Bajcarová, Ľ., Klemková, D. (2002). Depresie a skóre Beckovho dotazníka u pacientov so závislosťou od alkoholu. Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor), roč.37, číslo 1, str. 15-22.
45. Prochaska, J.O., Norcross, J.C. (1999): Psychoterapeutické systémy. Průřez teoriemi. Praha: Grada Publishing.
46. Pokora, J., Jochmanová, J. (2002). Vysokoškolsky vzdělaní pacienti léčeni na oddělení pro léčbu závislostí v psychiatrické léčebně v Brně-Černovicích. Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor), roč.37, číslo 1, str. 23.
47. Praško, J., Možný, P., Šlepecký, M. a kol. (2007): Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Praha / Kroměříž: Triton.
48. Rogers, C. (1998). Způsob bytí. Praha: Portál.
49. Rotgers, F. a kol. (1999). Léčba drogových závislostí. Praha: Grada Publishing.
50. Schaeffer, M. R. - Sobieraj, K. - Hollyfield, R. L. (1987). Severity of alcohol dependence and its relationship to additional psychiatric symptoms in male alcoholic inpatients. In *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*.
51. Shulman, B. H, Mosak, H. H.(1990). Manual for Life Style Assessment. Muncie, USA: Accelerated Development.
52. Simpson, D., Hubbard, R., Anglin, D., Fletcher, B. (1997): Drug Abuse Treatment Outcome Studies. Overview of National Treatment Outcome Studies. Dostupné 1. dubna 2010 z:<http://www.datos.org>
53. Šefránek, M. (2008). Evaluae výsledků léčby v pěti terapeutických komunitách pro drogově závislé: analýza vybraných vstupních dat z roku 2007. Adiktologie, roč. 8, č.4, str.320-35.
54. Timuľák, L. (2005): Současný výzkum psychoterapie. Praha: Triton.
55. Tumpachová, N. (2005). Hodnocení smyslu života v průběhu psychoterapie osob závislých na návykových látkách. Adiktologie, roč.5, č.4, str. 504-15.
56. Vymětal, J. (1992): Úvod do psychoterapie. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.

11. Prílohy

Príloha č.1

Príloha č.1
18.10.2015
fuz

Uchovávateľ údajov: prírodných, n. s.	
PRÍLOHA IICR 8	
Príloha IICR 8	Výstupný Príloha IICR 8
Číslo:	13-10-2015
Ex. č. 13-10-2015	Ex. číslo 13-10-2015
Reg. číslo:	146/1018

DOHODA

o spolupráci v oblasti monitorovania, hodnotenia a výskumu efektívnosti liečby závislosti

UMOWA

o współpracy w zakresie monitoringu, ewaluacji i badania skuteczności leczenia uzależnienia

DOHODA
o spolupráci v oblasti monitorovania, hodnotenia a výskumu efektívnosti liečby
závislosti

Uzatvorená v PREDNÁ HORA dňa 7. 10. 2015 medzi:

Inštitúcia: **Odborný liečebný ústav psychiatrický, n. o. Predná Hora**
so sídlom Muránska Huta, časť Predná Hora č. 126, 049 01 Muráň, Slovenská
republika
IČO 37954920
Registovaná: 01.08.2005 rozhodnutím Krajského úradu v Banskej Bystrici
pod č. OVVS/NO-39/2005 Zákona č. 213/1997 o neziskových organizáciách
poskytujúcich všeobecne prospešné služby v platnom znení

dalej aj len ako „OLÚP n.o.“ v príslušnom gramatickom tvare

Inštitúcia: **Szpital Specjalistyczny im dr. J. Babińskiego SP ZOZ v Krakove**, so
sídlom: ul. dr. J. Babińskiego 29, 30-393 Krakov, Poľská republika, DIČ: 676-
20-96-303

dalej aj len ako „inštitúcia“ v príslušnom gramatickom tvare

Inštitúcia: **PATEB s.r.o.**, Budějovická 1172, 675 31 Jemnice, Česká republika

dalej aj len ako „PATEB s.r.o.“ v príslušnom gramatickom tvare

všetci ďalej aj len ako „zmluvné strany“ v príslušnom gramatickom tvare

Preambula

Dohoda o spolupráci v oblasti monitorovania, hodnotenia a výskumu efektívnosti liečby závislosti (ďalej len „Dohoda“) vznikla na základe doterajšej vzájomne prínosnej spolupráce OLUP n.o. s organizačnou zložkou Inštitúcie - WOTUW (Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia i Współzależnienia) a PATEB s.r.o. (s inštitúciami s rovnakým predmetom činnosti zameraným na liečbu závislosti a psychických porúch), a s cieľom jej ďalšieho prehlbenia a rozvoja na medzinárodnej úrovni s európskou pridanou hodnotou. Vedúcim vyššie definovaného projektu v oblasti monitorovania, hodnotenia a výskumu efektívnosti liečby závislosti je OLÚP n. o. . Podmienky pre účely spolupráce v oblasti monitorovania, hodnotenia a výskumu efektívnosti liečby závislosti sú pre všetky zmluvné strany uvedené v jednotlivých kapitolách tejto „Dohody“.

UMOWA

o współpracy w zakresie monitoringu, ewaluacji i badania skuteczności leczenia uzależnienia

zawarta w PREDNÁ HORA dnia 7. 10. 2015 pomiędzy:

Instytucja: **Odborný liečebný ústav psychiatrický, n. o. Predná Hora**
z siedzibą w Muránska Huta, časť Predná Hora č. 126, 049 01 Muráň,
Republika Slovenska
REGON 37954920
Wpisana do rejestru decyzją Sądu Powiatowego w Bańskiej Bystrzycy z dnia
01.08.2005r. pod numerem OVVS/NO-39/2005 Ustawy nr 213/1997
o organizacjach non-profit zapewniających ogólne usługi publiczne z
późniejszymi zmianami

Zwana dalej „OLÚP n.o. w odpowiedniej formie gramatycznej

Instytucja: Szpital Specjalistyczny im dr. J. Babińskiego SP ZOZ w Krakowie, adres:
ul. dr. J. Babińskiego 29, 30-393 Kraków, Rzeczpospolita Polska, NIP: 676-20-
96-303

Zwana dalej „Instytucja” w odpowiedniej formie gramatycznej

Instytucja: **PATEB s.r.o.**, Budějovická 1172, 675 31 Jemnice, Republika Czeska

Zwana dalej „PATEB s.r.o.” w odpowiedniej formie gramatycznej

Zwane dalej „Strony” w odpowiedniej formie gramatycznej

Preambula

Umowa o współpracy w zakresie monitoringu, ewaluacji i badania skuteczności leczenia uzależnienia (dalej zwana „Umowa”) powstała na podstawie dotychczasowej wzajemnie korzystnej współpracy pomiędzy OLUP n.o. a jednostką organizacyjną Instytucji – Wojewódzkim Ośrodkiem Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia i PATEB s.r.o. (instytucje o podobnym zakresie działalności – leczenie uzależnień i zaburzeń psychicznych), oraz w celu jej dalszego pogłębienia i rozwoju na poziomie międzynarodowym z Europejską wartością dodaną. Projektem, o którym mowa w zdaniu poprzednim, kieruje OLÚP n. o. Konkretnie warunki współpracy pomiędzy Stronami w zakresie monitoringu, ewaluacji i badania skuteczności leczenia uzależnienia określone są w poszczególnych artykułach Umowy.

Článok 1

Predmet zmluvy

- 1.1. Zmluvné strany na základe vzájomnej dohody zrealizujú monitorovanie, hodnotenie a následné štatistické spracovanie efektívnosti liečby závislosti (ďalej len „Výskum“) vo svojich inštitúciách podľa spoločne odsúhlasenej metodiky. Zmluvné strany sa tiež dohodli, že výsledky vzájomnej spolupráce odprezentujú v spoločnej záverečnej písomnej správe – publikácii s názvom: „**Monitorovanie, hodnotenie a výskum efektívnosti liečby závislosti**“ (ďalej len „**Publikácia**“). 1
- 1.2. Zmluvné strany sa dohodli na metodike výskumu, ktorá je Prílohou č.2 tejto Dohody (ďalej len „**Metodika výskumu**“). Metodika výskumu bola schválená Etickou komisiou, ktorú ustanovil OLÚP, n.o. a ktorej stanovisko je uvedené v Prílohe č.1 tejto Dohody. 1
- 1.3. Záverečné štatistické spracovanie výsledkov Výskumu všetkých zmluvných partnerov spracuje OLÚP n.o. za podmienok stanovených v tejto Dohode. 1
- 1.4. Zmluvné strany sa dohodli, že OLÚP, n.o. doručí Inštitúcii dotazníky, ktoré sú uvedené v Prílohe č.2, preložené do poľského jazyka do dňa 01.08.2015. 1.

Článok 2

Rozsah a ciele Výskumu

- 2.1. Hlavným cieľom výskumu je výmena informácií, zber a monitorovanie údajov, posudzovanie situácie v oblasti liečby závislosti a vypracúvanie Publikácie v jednotlivých štátoch EÚ. Paralelným cieľom výskumu je porovnávanie počiatočných zmien v procese liečby symptómov závislosti, iných psychopatologických symptómov a pripravenosti zmeny k dosiahnutiu stanovených cieľov u pacientov, ktorí sa zúčastnia Výskumu. 2.1
- 2.2. Zmluvné strany uskutočnia Výskum v období od 1.8.2015 do 31.10.2015. 2.2
- 2.3. Do výskumu budú zaradení pacienti v liečbe v období august- október 2015, ktorí vyjadria súhlas s účasťou vo výskume, nezávisle na type závislosti (látková/nelátková), pacienti, ktorí sú v liečbe na základe dobrovoľného rozhodnutia či rozhodnutia súdu. Formulár Informovaný súhlas pacienta a Informácia o výskume pre pacienta sú v Prílohách č.3 a č.4 tejto Dohody. 2.3

Článok 3

Miesto realizácie Výskumu

- 3.1. Každá zo zmluvných strán si realizáciu Výskumu zabezpečí v súlade s Metodikou výskumu. Každá zo strán nesie zodpovednosť za náležitú realizáciu Výskumu vo vlastnej inštitúcii. 3.1.
- 3.2. Každá strana si zabezpečí informovaný súhlas od pacientov zaradených do Výskumu v súlade s vlastnými právnymi predpismi. Každá zo strán dohody ponesie vlastnú individuálnu zodpovednosť za splnenie tohto záväzku. 3.2.
- 3.3. Údaje zozbierané počas Výskumu (ďalej len Údaje) odovzdajú strany ústavu OLÚP n.o. v dohodnutom formáte t.j. vytlačené vyplnené dotazníky podľa zoznamu uvedeného v Prílohe 2 a v termínoch určených v Článku 8, bod 8.3 tejto Dohody na prípravu záverečného štatistického spracovania výsledkov Výskumu. 3.3.

Artykuł 1

Przedmiot Umowy

- 1.1. Na podstawie wzajemnego uzgodnienia Strony przeprowadzą monitoring, ewaluację a następnie opracowanie statystyczne wyników badań skuteczności leczenia uzależnień (zwane dalej „Badaniem”), niezależnie według wspólnie ustalonej metodyki. Strony również uzgodniły, że wyniki współpracy zaprezentują we wspólnym finalnym sprawozdaniu pisemnym – publikacji pn. „**Monitoring, ewaluacja i badanie wydajności leczenia uzależnienia**” (dalej zwana „Publikacją”).
- 1.2. Strony uzgodniły metodykę Badania, która stanowi załącznik nr 2 do Umowy, zwaną dalej Metodyką Badania. Metodyka Badania uzyskała pozytywną opinię komisji etycznej powołanej przez OLÚP, n.o., której kopia stanowi załącznik nr 1 do Umowy.
- 1.3. Finalne opracowanie statystyczne wyników Badania przeprowadzonego przez wszystkie Strony będzie realizować OLÚP, n.o. według ustaleń Umowy.
- 1.4. Strony uzgodniły, że OLÚP, n.o. do dnia 01. 08. 2015 r. przekaże Instytucji przetłumaczone na język polski kwestionariusze, o których mowa w załączniku nr 2 do Umowy.

Artykuł 2

Przedmiot i cel Badania

- 2.1. Głównym celem Badania jest wymiana informacji, zbieranie i monitoring danych, ewaluacja sytuacji w zakresie leczenia uzależnienia i prezentacja Publikacji w poszczególnych państwach UE. Jednocześnie za cel Badania uważa się również porównywanie występujących u pacjentów uczestniczących w Badaniu początkowych zmian podczas leczenia objawów uzależnienia, innych objawów psychopatologicznych i gotowość zmiany w celu osiągnięcia ustalonych celów.
- 2.2. Strony przeprowadzą Badanie w okresie 1.08.2015 r. – 31.10.2015 r.
- 2.3. W Badaniu udział wezmą pacjenci leczeni w okresie: sierpień – październik 2015 r., którzy wyrażą zgodę na udział w Badaniu, bez względu na rodzaj uzależnienia (substancjalne/niesubstancjalne), pacjenci leczeni dobrowolnie i pacjenci zobowiązani do leczenia decyzją sądu. Formularz zgody pacjenta na udział w Badaniu oraz Informacja dla pacjenta dotycząca Badania stanowią odpowiednio załączniki nr 3 i 4 do Umowy.

Artykuł 3

Miejsce realizacji Badania

- 3.1. Badanie będzie realizowane zgodnie z Metodyką Badania niezależnie przez każdą ze Stron. Strony ponoszą odpowiedzialność za prawidłową realizację Badania we własnych pomieszczeniach.
- 3.2. Każda ze Stron jest zobowiązana uzyskać od każdego pacjenta włączonego przez nią do Badania prawnie skutecznej zgody pacjenta na udział w Badaniu, według przepisów właściwych dla Strony. Każda ze Stron ponosi wyłączną indywidualną odpowiedzialność za naruszenie obowiązku, o którym mowa w zdaniu poprzednim.
- 3.3. Strony zobowiązane są do przedłożenia danych zgromadzonych w Badaniu do OLÚP n.o. według ustalonej formy tj. w formie wypełnionych papierowych kwestionariuszy wskazanych w załączniku nr 2 do Umowy (zwanych dalej Danymi), oraz w terminach określonych w Artykule 8 ust. 8.3 Umowy, w celu przygotowania finalnego opracowania statystycznego wyników Badania.

Ep

Článok 4

Náklady na realizáciu Výskumu

- 4.1. Zmluvné strany sa dohodli, že výdavky spojené s realizáciou Výskumu si pokrýva každá zo strán individuálne, okrem výdavkov stanovených nižšie v bode 4.2.
- 4.2. Zmluvné strany sa dohodli, že výdavky vynaložené pri stretnutiach predstaviteľov strán Dohody, ktoré súvisia s realizáciou Výskumu na základe tejto Dohody, si budú hradiť na základe princípu rovnosti a vzájomnosti a podľa dostupnosti finančných prostriedkov v súlade s vnútroštátnymi právnymi predpismi, pričom:
- a) náklady na medzinárodnú dopravu (vrátane nákladov na doručenie údajov do OLÚP n.o.) a cestovné náklady predstaviteľov zmluvných strán hradí každá zo strán individuálne
 - b) ubytovanie a stravu pre predstaviteľov zmluvných strán hradí prijímajúca zmluvná strana.
- 4.3. Výdavky spojené s prípravou záverečného štatistického spracovania výsledkov Výskumu a zároveň spracovaním Publikácie budú uhradené OLÚP n.o. v plnom rozsahu.
- 4.4. Úvodné stretnutie a záverečné hodnotiace stretnutie všetkých zmluvných partnerov bude zabezpečené v inštitúcii OLÚP n.o. , pričom finančne krytie zabezpečí OLÚP n.o. za podmienok uvedených v bode 4.2. tohto článku.

Článok 5

Práva k duševnému vlastníctvu

- 5.1. V súlade s touto Dohodou žiadna zo strán nemá akýkoľvek nárok ani práva k akýmkoľvek patentom, autorským právam, obchodným tajomstvám ani k ďalším právam a k duševnému vlastníctvu ktorejkoľvek zo strán dohody.
- 5.2. Údaje, ktoré vzniknú ako výsledok Výskumu na základe tejto Dohody a definovaného predmetu zmluvy, budú spoločne vlastnené všetkými zmluvnými stranami pre použitie uvedené v tejto Dohode a pre jej potreby, prípadne k ďalším účelom, pričom použitie údajov je podmienené predošlým písomným súhlasom všetkých zmluvných partnerov.
- 5.3. Zmluvné strany sa dohodli, že každá zo strán má nárok na kópiu údajov získaných počas Výskumu a všetkých výsledkov Výskumu na základe tejto Dohody pre výskumné, výukové, vzdelávacie, archívne účely, za účelom auditu a starostlivosti o klientov. Pokiaľ budú údaje získané Výskumom zapracované do už existujúcich databáz spracovateľskej inštitúcie zmluvných partnerov (vrátane zdravotných záznamov pacienta), ostatné inštitúcie nezískajú žiadne prístupové práva k takejto databáze.

Článok 6

Dôverné informácie

Zmluvné strany uznávajú, že realizácia Dohody môže vyžadovať prenos dôverných alebo súkromných informácií medzi inštitúciami. Všetky dokumenty, informácie, materiály a údaje poskytnuté jednotlivými zmluvnými stranami budú považované za dôverné informácie, pokiaľ budú označené ako „dôverné“ („Dôverné informácie“). Individuálne správy o pacientoch súvisiacich s realizáciou Výskumu, budú spracované len so súhlasom týchto pacientov a v rámci platných právnych predpisov.

Článok 7

Vypracovanie záverečnej správy - „Publikácie“

- 7.1. Výsledky Výskumu budú spracované v Publikácii.
- 7.2. Zmluvné strany sa dohodli, že ponechávajú každej zo strán právo podľa svojho uváženia voľne využívať prezentáciu Publikácie.
- 7.3. Každá zo zmluvných strán má právo voľne využívať výsledky „Výskumu“ aj v iných publikačných záležitostiach, s uvedením zdroja použitých informácií.

4.1 Stro
wła
4.2 Strc
wyt
rów
z pr
a) l
n.o.
zak
b) l
l
4.3 Cał
wyt
4.4 Ws
OL
nin

5.1. Na
tajei
Stro
5.2. Da
wsz
jeż
5.3. Stro
uzy
kolę
dan
dan
posi

Strc
lub
dan
klau
z re
ram

7.1. Wy
7.2. Str
Pub
7.3. Ka
pub

Artykuł 4

Koszty realizacji Badania

- 4.1 Strony uzgodniły, że koszty związane z realizacją Badania każda ze Stron pokrywa we własnym zakresie, z zastrzeżeniem ust. 4.2 poniżej.
- 4.2 Strony uzgodniły, że koszty związane ze spotkaniami przedstawicieli Stron wynikającymi z realizacji Badania na podstawie Umowy, będą pokrywane na zasadzie równości i wzajemności oraz w zależności od dostępności środków finansowych zgodnie z prawem krajowym właściwym dla Strony następująco:
 - a) koszty transportu międzynarodowego (w tym koszty dostarczenia Danych do OLÚP n.o.) i koszty podróży przedstawicieli Stron każda ze Stron pokrywa we własnym zakresie,
 - b) koszty zakwaterowania i wyżywienia przedstawicieli Stron pokrywa Strona przyjmująca.
- 4.3 Całość kosztów związanych z przygotowaniem finalnego opracowania statystycznego wyników Badania oraz Publikacji zobowiązuje się pokryć OLÚP n.o.
- 4.4 Wstępne i ostateczne spotkanie przedstawicieli Stron odbędzie się w pomieszczeniach OLÚP n.o., zaś jego koszty pokryje OLÚP n.o. według ustaleń określonych w ust. 4.2. niniejszego artykułu.

Artykuł 5

Prawo własności intelektualnej

- 5.1. Na mocy Umowy Strony nie posiadają żadnych praw do patentów, praw autorskich, tajemnic zawodowych, ani żadnych innych praw do własności intelektualnej żadnej ze Stron.
- 5.2. Dane uzyskane w trakcie Badania według Umowy i jej przedmiotu będą należeć do wszystkich Stron w celu korzystania z nich na podstawie Umowy oraz do innych celów, jeżeli korzystanie z danych uzgodniono pisemnie przez wszystkie Strony.
- 5.3. Strony uzgodniły, że każda ze Stron posiada prawo do uzyskania kopii Danych uzyskanych w trakcie Badania oraz wyników Badania według Umowy do celów kolejnych badań, edukacji, oświaty, archiwizacji, audytu oraz opieki nad klientami. Jeżeli dane uzyskane w trakcie Badania według Umowy staną się częścią istniejących zbiorów danych właściwych Stron (w tym dokumentacji medycznej pacjenta), pozostałe Strony nie posiadają prawa dostępu do takich zbiorów danych.

Artykuł 6

Klauzula poufności informacji

Strony uznają, że wykonanie Umowy może wymagać przenoszenie informacji poufnych lub prywatnych pomiędzy Stronami. Wszelkie dokumenty, informacje, materiały oraz dane udostępniane przez właściwe Strony będą uważane za poufne jeżeli będą oznaczone klauzulą „poufne” („Poufne informacje“). Dane uzyskane od pacjentów związane z realizacją Badania będą przetwarzane tylko na podstawie zgody tych pacjentów i w ramach obowiązujących aktów prawnych.

Artykuł 7

Sporządzenie Publikacji

- 7.1. Wyniki Badania zostaną przedstawione w Publikacji.
- 7.2. Strony uzgodniły, że każda Strona posiada prawo do nieograniczonego korzystania z Publikacji według własnego uznania.
- 7.3. Każda Strona posiada prawo do korzystania z wyników Badania również w innych publikacjach pod warunkiem oznaczenia źródła wykorzystanych informacji.

Ep _____

Článok 8

Trvanie zmluvy

- 8.1. Táto „Dohoda“ sa uzatvára na dobu určitú odo dňa podpísania do 31. 12. 2015. Dohoda nadobúda platnosť a účinnosť dňom jej podpisu všetkými zmluvnými stranami, ale vlastné plnenie podľa tejto „Dohody“ bude zahájené dňom 01. 08. 2015.
- 8.2. Táto Dohoda môže byť ukončená ktoroukoľvek zo zmluvných strán výlučne písomnou výpoveďou i bez uvedenia dôvodov, výpovedná doba je v takomto prípade 30 dní a začína dňom nasledujúcim po dni doručenia výpovede ostatným zmluvným partnerom. Strana, zo strany ktorej došlo k ukončeniu Dohody je povinná poskytnúť ostatným zmluvným stranám všetky výsledky monitorovania a hodnotenia efektívnosti liečby získané do vyššie stanovenej doby ukončenia Dohody.
- 8.3. Zmluvné strany sa dohodli, že zozbierané údaje podľa dohodnutej metodiky budú postupne odovzdávať ústavu OLÚP n.o. v termínoch do 15.9.2015, 11.10.2015 a 31.10.2015. Na základe zozbieraných údajov OLÚP n.o. následne zabezpečí štatistické vyhodnotenie a spracovanie záverečnej správy v termíne do 20.12.2015.

Článok 9

Ostatné ustanovenia

- 9.1. Kontakt pre otázky počas trvania Dohody zabezpečujú v jednotlivých inštitúciách:
- 1) V mene OLÚP n.o. - Mgr. Petra Glücklichnerová - referentka marketingu a vzdelávania
 - 2) V mene Inštitúcie - Mgr. Ewa Piskorz - riaditeľka WOTUW
 - 3) V mene PATEB s.r.o. - Mgr. Lenka Machová - psychologička
- 9.2. Žiadna zo zmluvných strán nie je oprávnená postúpiť akúkoľvek pohľadávku alebo právo vyplývajúcu z tejto Dohody na tretiu osobu bez predchádzajúceho písomného súhlasu ostatných zmluvných strán.
- 9.3. Pokiaľ niektorý z termínov, niektorá z podmienok alebo niektoré ustanovenie tejto Dohody bude prehlásené príslušným súdom ako neplatné, nulové alebo nevymáhateľné, ostatné ostávajúce ustanovenia tejto Dohody v plnej platnosti a účinnosti. Zmluvné strany sa zaväzujú takéto neplatné resp. nevymáhateľné ustanovenia nahradiť inými zmluvnými ustanoveniami v zmysle tejto Dohody. Zmluvné strany prehlasujú, že im nie sú známe žiadne prekážky, ktoré by robili túto Dohodu, resp. akúkoľvek jej časť ako neplatnú.
- 9.4. Táto Dohoda obsahuje úplné dojednanie všetkých zmluvných strán ku dňu podpisu tejto Dohody. Podpisom tejto Dohody sa rušia všetky prípadné skoršie dojednania zmluvných strán pri príprave tejto Dohody, prípadne návrhy, prísľuby, odhady či prognózy či akékoľvek iné záväzky. Neexistujú teda žiadne ustanovenia stanovujúce práva a záväzky partnerov Dohody v oblasti realizácie Výskumu mimo tejto Dohody ako jej priame či nepriame doplnenia.
- 9.5. Žiadna zo zmluvných strán nie je zodpovedná za nesplnenie svojich záväzkov vyplývajúcich z tejto Dohody, pokiaľ je príčinou tohto neplnenia alebo oneskoreného plnenia zásah vyššej moci. Za vyššiu moc sa považuje mimo iného požiar, záplavy, vojna, nepokoje, havárie, výbuch alebo iné nepredvídateľné okolnosti podobné či nepodobné vyššie menovaným javom, ktoré postihnutá strana nemôže ovplyvniť. Postihnutá strana v tomto prípade nie je zodpovedná za žiadne obchodné či materiálne

Artykuł 8

Okres trwania Umowy

- 8.1. Umowa zostaje zawarta na czas określony tj. od dnia podpisania do 31 grudnia 2015r. Umowa wchodzi w życie z dniem podpisania przez Strony, z zastrzeżeniem, że rozpoczęcie wykonania Umowy nastąpi dnia 1 sierpnia 2015 r.
- 8.2. Każda ze Stron jest upoważniona do wypowiedzenia Umowy bez podania przyczyny przez doręczenie wypowiedzenia Umowy pozostałym Stronom w formie pisemnej pod rygorem nieważności oraz z zachowaniem okresu wypowiedzenia wynoszącego 30 dni od dnia następnego po dniu doręczenia wypowiedzenia wszystkim Stronom. Strona, która wypowiedziała Umowę powinna dostarczyć zgromadzone dotychczas Dane pozostałym Stronom przed upływem okresu wypowiedzenia Umowy, o którym mowa w zdaniu poprzednim.
- 8.3. Strony uzgodniły, że Dane gromadzone według ustalonej Metodyki Badania będą sukcesywnie doręczane do OLÚP n.o. w terminach: do 15 września 2015r., 11 października 2015r. i 31 października 2015r. Na podstawie otrzymanych Danych OLÚP n.o. w terminie do 20 grudnia 2015r. wykona finalne opracowanie statystyczne i przygotowuje Publikację.

Artykuł 9

Postanowienia końcowe

- 9.1. Osobami kontaktowymi w trakcie trwania Umowy są:
- 1) w imieniu OLÚP n.o. - Mgr. Petra Glücknerová – pracowniczka działu marketingu i edukacji,
 - 2) w imieniu Instytucji- Mgr. Ewa Piskorz – dyrektor WOTUW,
 - 3) w imieniu PATEB s.r.o. - Mgr. Lenka Machová – psycholog.
- 9.2. Żadna ze Stron nie może przenieść praw i obowiązków wynikających z Umowy na osobę trzecią bez uzyskania uprzedniej pisemnej zgody wszystkich pozostałych Stron wyrażonej w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
- 9.3. Niezgoda z prawem, nieważność, niewykonalność lub nieskuteczność któregośkolwiek z postanowień zawartych w Umowie nie ma wpływu na zgodność z prawem, ważność, wykonalność i skuteczność pozostałych postanowień Umowy. W tym przypadku Strony zobowiązują się również uzgodnić skuteczną regulację, która najbardziej będzie odpowiadać założonemu celowi. Strony deklarują, że nie są im znane żadne przeszkody prawne ani faktyczne uniemożliwiające zawarcie i pełną realizację Umowy albo którąkolwiek jej część.
- 9.4. Umowa zawiera pełne porozumienie Stron z dniem jej podpisania. Umowa rozwiązuje i zastępuje wszelkie inne dotychczasowe pisemne lub ustne ustalenia, porozumienia, uzgodnienia, propozycje, prognozy, opinie lub inne obowiązki. Nie istnieje żaden inny dokument określający prawa i obowiązki Stron w zakresie realizacji Badania oprócz Umowy jako uzupełnienie jej postanowień.
- 9.5. Strony nie są odpowiedzialne za naruszenie obowiązków wynikających z Umowy w przypadku, gdy wyłączną przyczyną naruszenia jest działanie siły wyższej. Przez siłę wyższą rozumie się zdarzenie bądź połączenie zdarzeń lub okoliczności, niezależnych od Stron, które zasadniczo utrudniają lub uniemożliwiają wykonywanie zobowiązań danej Strony wynikających z Umowy, a których dana Strona nie mogła przewidzieć ani im zapobiec lub przezwyciężyć poprzez działanie z dochowaniem należytej staranności, takie jak pożar, powódź, wojna, strajki, awarie, eksplozje lub inne nadzwyczajne wydarzenia. W przypadku zaistnienia siły wyższej Strona, której dotyczy działanie siły wyższej, zobowiązana jest do pisemnego poinformowania pozostałych Stron o wystąpieniu siły wyższej i jest zwolniona od odpowiedzialności za szkody handlowe lub materialne

Ep _____

- straty vyplývajúce z uvedených okolností za predpokladu, že o vzniknutej situácii ostatných zmluvných partnerov bez meškania písomne informuje. Postihnutá strana je tak zbavená svojich záväzkov v rozsahu a v období, pokiaľ zásah vyššej moci trvá. Akonáhle okolnosti vyššej moci brániace plnenie záväzkov pominú, je o tom postihnutá strana povinná ostatných zmluvných partnerov bezodkladne informovať.
- 9.6. Dodatky alebo zmeny tejto Dohody musia byť písomné a podpísané oprávnenými zástupcami všetkých zmluvných strán, inak sú neplatné. 9.
- 9.7. Osoby oprávnené zastupovať zmluvné strany počas plnenia tejto Dohody sú: 9.
- 1) V mene OLÚP n.o. - MUDr. Oleg Martinove - riaditeľ
 - 2) V mene Inštitúcie - Stanisław Kracik - riaditeľ
 - 3) V mene PATEB s.r.o. - Jaroslav Beneš - riaditeľ
- 9.8. Prílohy k Dohode, ktoré sú jej integrálnou súčasťou, obsahujú: 9.1
- 1) Príloha č.1 – Stanovisko Etickej komisie OLÚP, n.o. Predná Hora z dňa 1.7.2015
 - 2) Príloha č.2 – Metodika medzinárodného výskumu pod názvom Monitorovanie, hodnotenie a výskum efektívnosti liečby závislosti
 - 3) Príloha č.3 – Formulár Informovaný súhlas pacienta
 - 4) Príloha č.4 – Informácia pre pacienta týkajúca sa účasti na Výskume
- 9.9. Táto Dohoda je vyhotovená v troch rovnopisoch, každý z nich je považovaný za originál, každý zo zmluvných strán obdrží jeden rovnopis. 9.9
- 9.10. V prípade akýchkoľvek nezrovnalostí sa zmluvné strany riadia poľskou verziou Dohody. 9.10

wynikające z danych okoliczności. Taka Strona jest zwolniona od odpowiedzialności za wykonanie swoich obowiązków w miarę i w okresie działania siły wyższej. Bezpośrednio po zakończeniu działania siły wyższej, Strona, której dotyczy działanie siły wyższej, zobowiązana jest do natychmiastowego pisemnego poinformowania pozostałych Stron na piśmie o zakończeniu działania siły wyższej.

9.6. Wszelkie uzupełnienia lub zmiany Umowy wymagają zachowania formy pisemnej i podpisania przez każdą ze Stron pod rygorem nieważności.

9.7. Osoby reprezentujące Strony w trakcie wykonania Umowy są:

- 1) W imieniu OLÚP n.o. - MUDr. Oleg Martinove - dyrektor
- 2) W imieniu Instytucji - Stanisław Kracik - dyrektor
- 3) W imieniu PATEB s.r.o. - Jaroslav Beneš - dyrektor

9.8. Załączniki do Umowy będące jej integralną częścią stanowią:

- 1) załącznik nr 1 - Stanowisko Komisji etycznej OLÚP, n.o. Predna Hora z dnia 01.07.2015 r.,
- 2) załącznik nr 2 - Metodyka międzynarodowego badania pn. "Monitoring, ewaluacja i badanie skuteczności leczenia uzależnienia",
- 3) załącznik nr 3 - formularz zgody pacjenta na udział w badaniu,
- 4) załącznik nr 4 - informacja dla pacjenta dotycząca udziału w Badaniu.

9.9. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

9.10. W razie wątpliwości wersją rozstrzygającą będzie wersja polska.

Potvrđujem obsahovú totožnosť slovenskej a poľskej verzie Dohody.

Mgr. Lucia Šuňavská
Prekladateľka a tlmočníčka



Pot

Mg
Tun

OLÚP n.o. 7.10.2015

Szpital Babińskiego 7.10.2015

PATEB s.r.o. 7.10.2015



Szpital Babińskiego
im. dr. J. Babińskiego
Stanisław Kracik

79	PSYCHIATRIE lôžkové zařízení
591	PATEB s.r.o. IČ: 26940281
001	Budejovický 1172
	675 31 Jemnice
	tel.: 568 450 790 - 432

Odborný psychologicko-psychiatrický n.o.
Muránska Huta, East Predná hora č.126
049 01 Muráň
12 IČO: 37954920, DIČ: 2022037215

Potwierdzam zgodność treści Umowy w wersji słowackiej z treścią Umowy w wersji polskiej.

Mgr. Lucia Šuňavská
Tłumacz

OLÚP n.o. 7.10.2015

Szpital Babińskiego 7.10.2015

PATEB s.r.o. 7.10.2015

Dobový liečebný ústav psychiatrický n.o.
Muránska Huta, časť Predná Hora č.126
049 01 Muráň
IČO: 37954830, DIČ: 2022037215

DYREKTOR
Stanislav Kracik

PSYCHIATRIE lôžkové zariadení
PATEB s.r.o. IČ: 26940281
Budějovická 1172
675 31 Jemnice
tel.: 568 450 790 - 432

RADCA PRAWNY

Mieszka Salamon
KR - 2560

6

**Stanovisko Etickej komisie OLÚP n.o. Predná Hora
k predloženému materiálu**

Názov: Monitorovanie, hodnotenie a výskum efektívnosti liečby závislosti.

autora(ky): OLÚP n.o. Predná Hora, Wotuw Krakow PL, Pateb s.r.o. Jemnice ČR
predložený k schváleniu dňa: 01.07.2015

Uvedený materiál (dotazník, štúdia ..) : AUDIT, SOCRATES, RCQ, SCL – 90

Splňa - nespĺňa kritériá nezávadnosti z etickej stránky (nehodiace prečiarknite)

Ak nespĺňa dôvody:

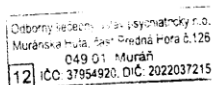
Predseda etickej komisie:

MUDr. BENKOVIC J.

Členovia etickej komisie:

Mgr. LABÁJOVÁ I. Zuzana
MUDr. MARTINOVÉ M. PhD.

Predná Hora dňa: 01.07.2015



Náz

aut

prz

Prz

Spel

Jeze

Prz

Col

Prz

**Stanowisko Komisji etycznej OLÚP n.o. Predná Hora
w sprawie przedłożonego materiału**

Nazwa: Monitoring, ewaluacja i badanie skuteczności leczenia uzależnienia

autorzy: OLÚP n.o. Predná Hora, Wotuw Kraków PL, Pateb s.r.o. Jemnice CZ

przedłożony do akceptacji w dniu 01.07.2015r.

Przedłożony materiał (kwestionariusz, badanie): AUDIT, SOCRATES, RCQ, SCL – 90

spełnia - nie spełnia kryteria nieszkodliwości pod względem etycznym (niepotrzebne skreślić)

Jeżeli nie spełnia, podać przyczyny:

Przewodniczący Komisji:

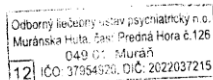
HUDI BENKOVIC

Członkowie Komisji:

Mgr. LABAZOVA P.

HUDI MARTINOVE H. PhD.

Predná Hora w dniu: 01.07.2015r.



Príloha č.2 k Dohode o spolupráci v oblasti monitorovania, hodnotenia a výskumu efektívnosti liečby závislosti zo dňa.....

Metodika medzinárodného výskumu pod názvom Monitorovanie, hodnotenie a výskum efektívnosti liečby závislosti

1. Popis cieľových skupín, popis sociodemografických charakteristík klinického výberu, diagnostické zloženie klinického výberu, AUDIT, SCL-90, Socrates, RCQ, CORE - TAF, CORE - EoT, CORE - BT a EoT
2. V priebehu stanoveného obdobia (august - október 2015) sa zameriame na 3 cieľové skupiny:
 - pacienti v úvode liečby
 - pacienti v závere liečby
 - pacienti odchádzajúci z liečby predčasne
3. Testová batéria pre pacienta:
 - dotazník AUDIT určený na diagnostikovanie závislosti (administrovaný na začiatku liečby)
 - dotazník SCL-90
 - pološtrukturovaný rozhovor (základné okruhy otázok pre každú cieľovú skupinu)
 - dotazník Socrates
 - dotazník RCQ
 - dotazník CORE - TAF
 - dotazník CORE - EoT
 - dotazník CORE - BT a EoT
4. Prepis nahrávok rozhovorov, vyhodnotenie a spracovanie výsledkov testov
 - Vyhodnotenie dotazníkov SCL-90, dotazníka AUDIT, dotazník Socrates, dotazník RCQ a dotazníkov CORE - TAF, CORE - EoT, CORE - BT a EoT a ich štatistické a grafické spracovanie
 - Obsahová analýza Cieľov liečby
 - Analýza pološtrukturovaných rozhovorov
 - Štatistické spracovanie komplexnej testovej batérie
5. Pološtrukturovaný rozhovor
 - nástup na liečbu- okolnosti
 - predchádzajúce skúsenosti s liečbou
 - aktuálne vnímané ťažkosti
 - posun v liečbe - čo mi liečba dáva
 - okolnosti, pre ktoré odchádzam
 - spokojnosť s liečbou- čo na liečbe oceňujem, čo by som zmenil
 - hodnotenie liečby- môj progres
6. RCQ:
 - 12-položkový dotazník, ktorý zisťuje fázu zmeny, v ktorej sa človek s problémovým pitím nachádza
 - vychádza z konceptu procesu zmeny od Prochasku a DiClementa, ktorý popisuje fázy, cez ktoré sa človek posúva v snahe vyriešiť svoj problém s pitím
 - model vychádza zo 4 fáz: prekontemplácia, kontemplácia, akcia a udržiavanie. Dotazník zachytáva prvé 3 fázy.
7. Slovník:
 - AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test
 - SCL-90- The Symptom checklist- 90

Załącznik nr 2 do umowy o współpracy w zakresie monitoringu, ewaluacji i badania skuteczności leczenia uzależnienia z dnia

Metodyka międzynarodowego badania

pn. "Monitoring, ewaluacja i badanie skuteczności leczenia uzależnienia"

1. Opis grup docelowych, opis charakterystyk socjodemograficznych grupy klinicznej, skład diagnostyczny grupy klinicznej, AUDIT, SCL-90, Socrates, RCQ, OSPPT, FKL, KPPKT",
2. W ustalonym okresie (sierpień - październik 2015) skupimy się na 3 grupach docelowych:
 - pacjenci na początku leczenia
 - pacjenci na końcu leczenia
 - pacjenci, którzy przedwcześnie zakończyli leczenie
3. Bateria testów do Badania:
 - kwestionariusz AUDIT przeznaczony do diagnostyki uzależnienia (stosowany na początku leczenia)
 - kwestionariusz SCL-90
 - semistrukturalny dialog (podstawowy zestaw pytań dla każdej grupy docelowej)
 - kwestionariusz Socrates
 - kwestionariusz RCQ
 - kwestionariusz OSPPT
 - kwestionariusz FKL
 - kwestionariusz KPPKT
4. Transkrypcja nagrań dialogów, ewaluacja i przetwarzanie wyników testów
 - Wyniki kwestionariusza SCL-90, kwestionariusza AUDIT, kwestionariusza Socrates, kwestionariusza RCQ, OSPPT, FKL, KPPKT i również ich przetwarzanie statystyczne i graficzne
 - Analiza treściowa celów leczenia
 - Analiza semistrukturalnych dialogów
 - Przetwarzanie statystyczne kompletniej baterii testów
5. Dialog semistrukturalny:
 - okoliczności przyjęcia na leczenie
 - doświadczenia poprzedniego leczenia
 - poczucie kłopotów aktualnych
 - polepszenie w leczeniu – Co mi leczenie przynosi?
 - okoliczności, z powodu których pacjent odchodzi z leczenia
 - zadowolenie z leczenia – Co oceniam na leczeniu pozytywnie, co bym zmienił?
 - ewaluacja leczenia – mój postęp
6. RCQ:
 - składający się z 12 pytań kwestionariusz na uzyskanie informacji o fazie zmiany w której pacjent z piciem problemowym znajduje się
 - kwestionariusz ten oparty jest na opisanej przez Prochaskę i DiClemente koncepcji różnych etapów gotowości do zmiany zachowania, przez które ludzie przechodzą przy rozwiązywaniu problemu picia
 - koncepcja oparta jest na 4 fazach: prekontemplacja, kontemplacja, działanie i podtrzymanie. Kwestionariusz zawiera pierwsze 3 fazy
7. Słownik:
 - AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test
 - SCL – 90 – The Symptom Checklist-90-R

SOCRATES- The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale
RCQ- Readiness for Change Questionnaire
CORE - TAF - Clinical Outcomes Routine Evaluation - Therapy Assessment Form
CORE - EoT - Clinical Outcomes Routine Evaluation - End of Therapy
CORE - BT a EoT - Clinical Outcomes Routine Evaluation - Begin Therapy and End
of Therapy

- SOCRATES – Metoda sokratyczna
- RCQ- Readiness for Change Questionnaire – Gotowość do zmiany
- OSPPT - Ocena Stanu Pacjenta na Początku Terapii,
- FKL - Formularz na Końcu Leczenia,
- KPPKT - Kwestionariusz dla Pacjenta na Początku i na Końcu Terapii

Svojim podpisom **vyjadrujem súhlas** s mojou spoluprácou na **medzinárodnej odbornej štúdii** pod vedením OLÚP, n.o. Predná Hora v spolupráci s liečebnými zariadeniami WOTUW v Krakove (Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia - Szpital Specjalistyczny im dr. J. Babińskiego), Fakultou medicíny na Jagelovskej univerzite v Krakove (Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum), Univerzitnou nemocnicou v Krakove (Szpital Uniwersytecki) a psychiatrickou liečebňou PATEB, s.r.o. Jemnice:

- 1./ Bol(a) som oboznámený(á) s informáciami, podmienkami mojej účasti na odbornej štúdií, mal(a) som možnosť klásť otázky k odbornej štúdií, ktoré mi boli patrične zodpovedané.
- 2./ Som si vedomý(á) že o tejto štúdií bola informovaná aj nezávislá etická komisia.
- 3./ Súhlasím s tým, aby moje výsledky boli v rámci odbornej štúdie použité k vyhodnoteniu. Bol(a) som poučený(á), že skúmanie v odbornej štúdií bude realizované pri dodržiavaní všetkých etických noriem, v súlade s právnymi predpismi, ako upravuje zákon č.576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, v znení neskorších predpisov a zákon č.122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov, v znení neskorších predpisov.
- 4./ Bol(a) som poučený(á) o tom, že môžem bez udania dôvodu od skúmania v odbornej štúdií dobrovoľne odstúpiť. Uvedené skúmanie v odbornej štúdií nebude mať žiaden negatívny vplyv na moju zdravotnú starostlivosť v ústavnej liečbe OLÚP, n.o. Predná Hora .
- 5./ Dobrovoľne súhlasím so štatistickým spracovaním údajov, týkajúcich sa mojich výsledkov v liečbe. Bol(a) som poučený(á), že tieto údaje budú **spracovávané** len pri dodržiavaní všetkých etických noriem, v súlade s platnými právnymi predpismi

Potvrďujem, že som vysvetlil charakter a cieľ odbornej štúdie nižšie uvedenej osobe a jeho (jej) súhlas bol daný dobrovoľne.

Predná Hora, dňa

podpis

Zgoda pacjenta na udział w badaniu

Swoim podpisem **wyrażam dobrowolnie zgodę** na udział w **miedzynarodowym badaniu** kierowanym przez OLÚP, n.o. Predná Hora we współpracy z podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych tj. Wojewódzkim Ośrodkiem Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia będącym jednostką organizacyjną Szpitala Specjalistycznego im dr. J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie, Uniwersytetem Jagiellońskim Collegium Medicum, Szpitalem Uniwersyteckim w Krakowie i zakładem psychiatrycznym PATEB, s.r.o. Jemnice w Czechach, pod nazwą:

Monitoring, ewaluacja i badanie skuteczności leczenia uzależnienia.

zwanym dalej „**Badaniem**”.

- 1./ Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o warunkach mojego udziału w Badaniu, miałem/am możliwość zadawania pytań odnośnie Badania i dostałem/am wyczerpujące odpowiedzi na swoje pytania.
- 2./ Jestem świadomy/a, że Badanie uzyskało pozytywną opinię niezależnej komisji etycznej powołanej przez koordynatora Badania – OLÚP n.o. Predná Hora.
- 3./ Stosownie do art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz. U. 2014 r., poz. 1182 z późn. zm.), wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Babińskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie, adres: ul. dr. Józefa Babińskiego 29, 30 – 393 Kraków, moich danych osobowych w zakresie i celu niezbędnym do przeprowadzenia Badania, a także celach archiwalnych i statystycznych. Posiadam wiedzę o dobrowolności podania danych. Zostałem/-am również poinformowany/-a, iż przysługuje mi prawo dostępu do treści danych dotyczących mnie, ich poprawiania, modyfikacji oraz skorzystania z innych uprawnień wynikających z ww. Ustawy.
- 4./ Wyrażam zgodę na przekazanie przez Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie moich anonimowych danych wskazanym powyżej podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych realizujących Badanie oraz do innych krajów Unii Europejskiej.
- 5./ Zdaję sobie sprawę, iż w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w Badaniu bez podania przyczyny oraz bez żadnych następstw dla procesu leczenia w Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie. Zostałem/-am poinformowany/-a, że w przypadku wycofania zgody na udział w Badaniu zgromadzone do tej pory dane mogą zostać wykorzystane i przetwarzane jako część bazy danych Badania.
- 6./ Dobrowolnie wyrażam zgodę na statystyczne przetwarzanie danych dotyczących moich wyników uzyskanych w Badaniu. Zostałem/am poinformowany/a, że dane te będą przetwarzane w ramach powszechnie stosowanych norm etycznych i zgodnie z prawem.

.....
Miejscowość, data

Imię i nazwisko pacjenta _____ Data urodzenia _____ Czytelny podpis pacjenta _____

Oświadczenie osoby przyjmującej zgodę (badacza):

Oświadczam, że wyjaśniłem/am osobie wpisanej powyżej szczegóły i cel Badania i że jego/jej zgoda została wyrażona dobrowolnie.

Miejscowość, Data _____ Czytelny podpis osoby przyjmującej zgodę (badacza) _____

Vážený pán, vážená pani,

Odborný liečebný ústav psychiatrický, medzi klientov ktorého patríte, sa zapojil do medzinárodného výskumu, ktorého cieľom je získanie poznatkov v oblasti efektívnosti liečby závislosti na lôžkových oddeleniach liečebných ústavov v Poľsku (Krakov - WOTUW – oddelenie 5c), na Slovensku (Predná Hora – OLÚP) a v Čechách (Jemnice - PATEB). Výskum je založený na zbere údajov z vyplnených anonymných dotazníkov – raz alebo dvakrát počas liečby. Dvakrát: na začiatku a na konci liečby vyplnia dotazníky klienti, ktorí v čase od 3.augusta do 30.októbra nastúpia na liečbu a v danom období aj liečbu ukončia. Klienti, ktorí v danom čase budú prijatí, ale neukončia liečbu do 30.októbra, vyplnia dotazník len raz – na začiatku liečby. Klienti prijatí na liečbu pred 3.augustom, ktorí ukončia liečbu pred 30.októbrom, takisto vyplnia dotazník len raz – na konci liečby.

Dotazníky sa budú vyhodnocovať za daný ústav, nie za konkrétnu osobu. Na formulároch dotazníkov sa neuvádza priezvisko, iba kód označujúci poradové číslo klienta a poradie dotazníka, to znamená, či bol dotazník vyplnený na začiatku alebo na konci liečby. Pri spracovávaní dotazníkov teda nebude možné určiť identitu klienta. Koordinátor výskumu a ďalší spolupracovníci výskumu sú povinní zachovať mlčanlivosť.

Prosíme Vás o súhlas so zaradením do výskumu, ktorý nám pomôže získať nové poznatky o efektívnosti liečby na našom oddelení, vďaka ktorým môžeme zdokonaľiť našu prácu.

2015
f24

Szanowni Państwo,

Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu, którego jesteście Państwo pacjentami, realizuje międzynarodowe badanie, którego celem jest uzyskanie wiedzy na temat efektów leczenia uzależnienia w całodobowych oddziałach terapii uzależnień w Polsce (Kraków - WOTUW – oddział 5c), na Słowacji (Predna Hora – OLUP) oraz w Czechach (Jemnice - PATEB). Badanie polega na wypełnieniu anonimowych ankiet – 1 raz lub 2 razy w ciągu leczenia. 2 razy: na początku i końcu leczenia ankiety wypełnią osoby, które w okresie od 3 sierpnia do 30 października zostaną przyjęte i wypisane z oddziału. Jeżeli ktoś w tym okresie zostanie przyjęty, ale nie zakończy leczenia przed końcem października, wypełni ankiety tylko raz - na początku leczenia. Osoby przyjęte na oddział przed 3 sierpnia, które zakończą leczenie przed końcem października wypełnią ankiety też 1 raz, ale na koniec leczenia.

Ankiety będą opracowywane dla całej grupy, a nie dla konkretnej osoby. Na formularzach ankiet nie będzie nazwisk, a jedynie kod oznaczający kolejny numer osoby badanej i kolejność badania, to znaczy, czy ankieta wypełniana była na początku leczenia, czy na końcu. Osoba wypełniająca ankietę nie będzie mogła być zidentyfikowana przez statystyka liczącego wyniki. Koordynatora badań: Danutę Gajdę oraz innych pracowników oddziału obowiązuje tajemnica zawodowa.

Prosimy Państwa o wyrażenie zgody na udział w badaniu, które pomoże nam więcej dowiedzieć się o efektach leczenia na oddziale, co pozwoli na udoskonalanie naszej pracy.

Príloha. 2 (1. týždeň F)

Priezvisko a meno	Dátum prijatia	Oddelenie	Kód	Účasť	Psychológ	
M.M	3.8.2015	3. MDZ	SK001F	+		
V.B	3.8.2015	3. MDZ	SK002F	+		
K.J	3.8.2015	3. MDZ	SK003F	+		
L.K	3.8.2015	1. MDZ	SK004F	+	+	
M.K	3.8.2015	1. MDZ	SK005F	+	+	
D.A	4.8.2015	2. MDZ	SK006F	+	+	
P.K	4.8.2015	1. MDZ	SK007F	+	+	
S.U	4.8.2015	4. MDZ	SK008F	+	+	
S.R	5.8.2015	2. MDZ	SK020F	+	+	
H.Z	5.8.2015	4. MDZ	SK021F	+	+	

(6. týždeň S)

Priezvisko a meno	Dátum prijatia	Oddelenie	Kód	Účasť	Psychológ
T.D	22.6.2015	2 MDZ	SK009S	+	+
K.M	22.6.2015	2 MDZ	SK010S	+	+
N.I	23.6.2015	2 MDZ	SK011S	+	+
D.K	24.6.2015	2 MDZ	SK012S	+	+
K.K	23.6.2015	4. MDZ	SK013S	+	
K.M	22.6.2015	3. MDZ	SK027S	+	
T.S	22.6.2015	3. MDZ	SK028S	+	
F.K	23.6.2015	3. MDZ	SK029S	+	
T.O	25.6.2015	3. MDZ	SK030S	+	
T.L	25.6.2015	3. MDZ	SK031S	+	
H.P	25.6.2015	1 MDZ	SK035S	+	+
P.B	22.6.2015	1 MDZ	SK040S	preklad	

(Posledný týždeň E)

Priezvisko a meno	Dátum prijatia	Oddelenie	Kód	Účasť	Psychológ
P.K	11.5.2015	2 MDZ	SK014E	+	+
G.R	11.5.2015	2 MDZ	SK015E	+	+
D.L	12.5.2015	2 MDZ	SK016E	+	+
K.M	12.5.2015	2 MDZ	SK017E	+	+
G.M	14.5.2015	4. MDZ	SK018E	+	+
V.R	14.5.2015	4. MDZ	SK019E	+	+

(Predčasný odchod P)

Priezvisko a meno	Dátum prijatia	Oddelenie	Kód	Týždeň odchodu	Psychológ
M.Z	14.7.2015	1. MDZ	SK062P	5	+
K.I	13.7.2015	1. MDZ	SK063P	5	+
J.K	20.5.2015	1. MDZ	SK061P	12	+
B.M	30.7.2015	2. MDZ	SK107P	3	



Odborný liečebný ústav psychiatrický, n. o. Predná Hora
 Muránska Huta, časť Predná Hora č 126, 049 01 Muráň
 Tel.: 058/4866 111, 100; Fax: 058/4866 200
 www.olup-prednahora.sk, e-mail: olup@olup-prednahora.sk
 IČO 37954920, DIČ 2022037215, VÚB Revúca č. ú. 55237582/0200

Súhlas a potvrdenie s použitím výsledkov výskumu monitorovania, hodnotenia efektívnosti liečby závislosti pre účely diplomovej práce.

Týmto súhlasíme s použitím výsledkov výskumu monitorovania, hodnotenia efektívnosti liečby závislosti pre účely diplomovej práce Vladimíra Stanislava.

Zároveň potvrdzujeme, že menovaný Vladimír Stanislav sa aktívne podieľal na vypracovaní projektu, koordinoval výskum za OLÚP n.o. Predná Hora, vypracoval metódy a metodiky, podieľal sa na zbere dát, štatistickom spracovaní výsledkov a vypracoval záverečnú správu výskumu.

V článku 5 v bode 5.2 práva k duševnému vlastníctvu dohody o spolupráci v oblasti monitorovania, hodnotenia efektívnosti liečby závislosti **dovoľuje použiť údaje**, ale je podmienené predložením súhlasom všetkých zmluvných partnerov.

V bode 5.3 sa cituje: "zmluvné strany sa dohodli, každá zo zmluvných strán má nárok na kópiu údajov získaných počas výskumu a všetky výsledky sa podľa dohody **môžu použiť pre výskumné, výukové, vzdelávacie účely**".

Zgoda i potwierdzenie wykorzystania wyników badań w celu monitorowania, oceny skuteczności leczenia, w zależności od potrzeby pracy magisterskiej.

Zgadamy się na wykorzystanie wyników badań, monitorowania, oceny skuteczności leczenia, w zależności od potrzeby pracy dyplomowej Władimíra Stanislava.

Potwierdzamy również, że powołanie Władimíra Stanislawa aktywnie uczestniczyły w opracowaniu projektu, koordynuje badania dla OLÚP N.O. Góra z przodu, opracowanie metod i metodologii, **uczestniczyć w zbieraniu danych**, obróbki statystycznej wyników i przedstawi końcowe sprawozdanie z badań.

W artykule 5 ustęp 5.2 intelektualnych praw własności umów dotyczących współpracy w zakresie monitorowania, oceny skuteczności leczenia uzależnień pozwala na korzystanie z danych, ale wymaga uprzedniej zgody wszystkich wykonawców.

Punkt 5.3 jest cytowany: "Strony zgadzają się, że każda ze stron ma prawo do kopii danych zebranych w trakcie badań oraz ogólnych wyników, zgodnie z umową **mogą być wykorzystywane do badań, nauczania, celów edukacyjnych**."

MUDr. Věra Benešová

OLÚP n.o. Szpital Babińskiego.....

79	PSYCHIATRIE léčkové zařízení
591	PATEB s.r.o. IČ: 26940281
001	Budějovická 1172 675 31 Jemnice tel.: 568 450 790 - 432

F: 11/S
 Ú: 01.08.2015



Odborný liečebný ústav psychiatrický, n. o. Predná Hora

Muránska Huta, časť Predná Hora č 126, 049 01 Muráň

Tel.: 058/4866 111, 100; Fax: 058/4866 200

www.olup-prednahora.sk, e-mail: olup@olup-prednahora.sk

IČO 37954920, DIČ 2022037215, VÚB Revúca č. ú. 55237582/0200

Súhlas a potvrdenie s použitím výsledkov výskumu monitorovania, hodnotenia efektívnosti liečby závislosti pre účely diplomovej práce.

Týmto súhlasíme s použitím výsledkov výskumu monitorovania, hodnotenia efektívnosti liečby závislosti pre účely diplomovej práce Vladimíra Stanislava.

Zároveň potvrdzujeme, že menovaný Vladimír Stanislav sa aktívne podieľal na vypracovaní projektu, koordinoval výskum za OLÚP n.o. Predná Hora, vypracoval metódy a metodiky, podieľal sa na zbere dát, štatistickom spracovaní výsledkov a vypracoval záverečnú správu výskumu.

V článku 5 v bode 5.2 práva k duševnému vlastníctvu dohody o spolupráci v oblasti monitorovania, hodnotenia efektívnosti liečby závislosti **dovoľuje použiť údaje**, ale je podmienené predošlým súhlasom všetkých zmluvných partnerov.

V bode 5.3 sa cituje: "zmluvné strany sa dohodli, každá zo zmluvných strán má nárok na kópie údajov získaných počas výskumu a všetky výsledky sa podľa dohody **môžu použiť pre výskumné, výukové, vzdelávacie účely**".

Zgoda i potwierdzenie wykorzystania wyników badań w celu monitorowania, oceny skuteczności leczenia, w zależności od potrzeby pracy magisterskiej.

Zgadzamy się na wykorzystanie wyników badań, monitorowania, oceny skuteczności leczenia, w zależności od potrzeby pracy dyplomowej Władimira Stanislava.

Potwierdzamy również, że powołanie Władimira Stanislawa aktywnie uczestniczyły w opracowaniu projektu, koordynuje badania dla OLÚP N.O. Góra z przodu, opracowanie metod i metodologii, **uczestniczyć w zbieraniu danych**, obróbki statystycznej wyników i przedstawi końcowe sprawozdanie z badań.

W artykule 5 ustęp 5.2 intelektualnych praw własności umów dotyczących współpracy w zakresie monitorowania, oceny skuteczności leczenia uzależnień pozwala na korzystanie z danych, ale wymaga uprzedniej zgody wszystkich wykonawców.

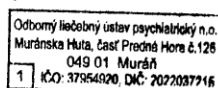
Punkt 5.3 jest cytowany: "Strony zgadzają się, że każda ze stron ma prawo do kopii danych zebranych w trakcie badań oraz ogólnych wyników, zgodnie z umową **mogą być wykorzystywane do badań, nauczania, celów edukacyjnych**."

OLÚP n.o. PREDNÁ HORA Szpital Babińskiego..... PATEB s.r.o.....

15. III. 2017

Signature

F: 11/S
Ú: 01.08.2015





Odborný liečebný ústav psychiatrický, n. o. Predná Hora
Muránska Huta, časť Predná Hora č 126, 049 01 Muráň
Tel.: 058/4866 111, 100; Fax: 058/4866 200
www.olup-prednahora.sk, e-mail: olup@olup-prednahora.sk
IČO 37954920, DIČ 2022037215, VÚB Revúca č. ú. 55237582/0200

Súhlas a potvrdenie s použitím výsledkov výskumu monitorovania, hodnotenia efektívnosti liečby závislosti pre účely diplomovej práce.

Týmto súhlasíme s použitím výsledkov výskumu monitorovania, hodnotenia efektívnosti liečby závislosti pre účely diplomovej práce Vladimíra Stanislava.

Zároveň potvrdzujeme, že menovaný Vladimír Stanislav sa aktívne podieľal na vypracovaní projektu, koordinoval výskum za OLÚP n.o. Predná Hora, vypracoval metódy a metodiky, podieľal sa na zbere dát, štatistickom spracovaní výsledkov a vypracoval záverečnú správu výskumu.

V článku 5 v bode 5.2 práva k duševnému vlastníctvu dohody o spolupráci v oblasti monitorovania, hodnotenia efektívnosti liečby závislosti **dovoľuje použiť údaje**, ale je podmienené predošlým súhlasom všetkých zmluvných partnerov.

V bode 5.3 sa cituje: "zmluvné strany sa dohodli, každá zo zmluvných strán má nárok na kópiu údajov získaných počas výskumu a všetky výsledky sa podľa dohody **môžu použiť pre výskumné, výukové, vzdelávacie účely**".

Zgoda i potwierdzenie wykorzystania wyników badań w celu monitorowania, oceny skuteczności leczenia, w zależności od potrzeby pracy magisterskiej.

Zgadzamy się na wykorzystanie wyników badań, monitorowania, oceny skuteczności leczenia, w zależności od potrzeby pracy dyplomowej Władimíra Stanislava.

Potwierdzamy również, że powołanie Władimír Stanislawa aktywnie uczestniczyły w opracowaniu projektu, koordynuje badania dla OLÚP N.O. Góra z przodu, opracowanie metod i metodologii, **uczestniczyć w zbieraniu danych**, obróbki statystycznej wyników i przedstawi końcowe sprawozdanie z badań.

W artykule 5 ustęp 5.2 intelektualnych praw własności umów dotyczących współpracy w zakresie monitorowania, oceny skuteczności leczenia uzależnień pozwala na korzystanie z danych, ale wymaga uprzedniej zgody wszystkich wykonawców.

Punkt 5.3 jest cytowany: "Strony zgadzają się, że każda ze stron ma prawo do kopii danych zebranych w trakcie badań oraz ogólnych wyników, zgodnie z umową **mogą być wykorzystywane do badań, nauczania, celów edukacyjnych**."

OLÚP n.o.....Szpital Babińskiego..... PATEB s.r.o.....

Koordinátor Zespołu
do realizacj zadań
leczniczych i pomocniczych WOTU

2017 -03- 2 2

dr n.med. Monika Hoga

F: 11/S
Ú: 01.08.2015

Príloha č.4 AUDIT- test na identifikáciu závislosti

ID: SK_ _ _ _ _

Pretože alkohol môže ovplyvniť Vaše zdravie a môže byť v rozpore s niektorými liekmi a liečbou, je dôležité, aby ste odpovedali na niektoré otázky týkajúce sa Vášho užívania alkoholu. Vaše odpovede budú anonymné, preto prosíme, odpovedajte pravdivo.

V dotazníku sa používa výraz „alkoholický nápoj“. Pod jedným alkoholickým nápojom sa rozumie **pol litra piva/ 2 dl vína / 0,5 dl destilátu**.

Označte krížikom odpoveď, ktorá najlepšie vystihuje odpoveď na Vašu otázku:

Otázky	0	1	2	3	4	
1. Ako často si dáte nápoj obsahujúci alkohol?	nikdy	raz mesačne alebo menej	2-4x mesačne	2-3x týždenne	4 alebo viackrát týždenne	
2. Koľko alkoholických nápojov si dáte počas typického dňa, keď pijete?	1 alebo 2	3 alebo 4	5 alebo 6	7 alebo 9	10 a viac	
3. Ako často si dáte 6 alebo viac alkoholických nápojov pri jednej príležitosti?	nikdy	menej ako raz za mesiac	raz mesačne	týždenne	denne alebo takmer denne	
4. Ako často v priebehu posledného roka ste sa pristihli, že keď začnete piť, nie ste schopný/á prestať?	nikdy	menej ako raz za mesiac	raz mesačne	týždenne	denne alebo takmer denne	
5. Ako často za posledný rok ste nedokázali urobiť niečo bežné, čo sa od Vás očakávalo, kvôli pitiu?	nikdy	menej ako raz za mesiac	raz mesačne	týždenne	denne alebo takmer denne	
6. Ako často v priebehu posledného roka ste si potrebovali vypiť hneď ráno, aby ste sa po väčšom alkoholickom záťahu rozbehli?	nikdy	menej ako raz za mesiac	raz mesačne	týždenne	denne alebo takmer denne	
7. Ako často ste v priebehu posledného roka cítili pocity viny alebo ľútosť po pití?	nikdy	menej ako raz za mesiac	raz mesačne	týždenne	denne alebo takmer denne	
8. Ako často za posledný rok ste si nevedeli spomenúť, čo sa stalo predchádzajúci večer, pretože ste pili?	nikdy	menej ako raz za mesiac	raz mesačne	týždenne	denne alebo takmer denne	
9. Boli ste Vy alebo niekto iný zranený ako dôsledok Vášho pitia?	nikdy		áno, ale nie v priebehu posledného roka		áno, v priebehu posledného roka	
10. Bol nejaký príbuzný, doktor alebo niekto iný znepokojený kvôli Vášmu pitiu alebo Vám navrhol, aby ste pitie obmedzili?	nie nikdy		áno, ale nie v priebehu posledného roka		áno, v priebehu posledného roka	

Príloha č.5

CORE- posúdenie pre terapiu

Kód pacienta:	ID: SK_ _ _ _	Vzdelanie:	
Vek:		Zamestnanie:	
Pohlavie:	Muž žena	Stav:	

Vzťahy/ podpora (Zaškrtnite všetky vhodné odpovede)			
Žije sám (aj bez detí)	<input type="checkbox"/>	Žije s príbuznými/ priateľmi	<input type="checkbox"/>
Žije s partnerom	<input type="checkbox"/>	Momentálne nemá domov	<input type="checkbox"/>
V starostlivosti detí do 5 rokov	<input type="checkbox"/>	Žije v zdieľanom ubytovaní (ubytovňa)	<input type="checkbox"/>
V starostlivosti detí nad 5 rokov	<input type="checkbox"/>	Žije v sociálnej inštitúcii	<input type="checkbox"/>
Žije s rodičmi/ opatrovateľmi	<input type="checkbox"/>	Iné:	<input type="checkbox"/>

Predošlé/ aktuálne využite služieb pre psychické problémy (Zaškrtnite všetky vhodné odpovede)			
	aktuálne	Za posledný rok	Viac ako pred rokom
Všeobecný lekár	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychológ/ psychoterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalizácia- detox	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalizácia- PAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalizácia- psychiatrická	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denný stacionár	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resocializačné zariadenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klub abstinentov, AA meeting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iné:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kódy MKCH-10 (F/Z)

1.			.	
2.			.	
3.			.	
4.			.	

Užíva pacient pre svoje psychické problémy aktuálne lieky na predpis?

áno	nie
-----	-----

Ak áno, aký typ medikácie:

antipsychotiká (neuroleptiká/ silné trankvilizéry) <input type="checkbox"/>	antidepresíva <input type="checkbox"/>	anxiolytiká/hypnotiká (slabé trankvilizéry) <input type="checkbox"/>	Iné..... <input type="checkbox"/>
---	--	--	-----------------------------------

Identifikované problémy/ ťažkosti (Zaškrtnite všetky vhodné odpovede)										
Zamerala sa na tento problém terapia?						Zamerala sa na tento problém terapia?				
	<6m	6-12m	<12m	trvá			<6m	6-12m	<12m	trvá
Depresia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trauma/ zneužitie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úzkosť/ stres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Smútenie/ strata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychóza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sebaúcta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problematika osobnosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Interpersonálne/ vzťahové	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognitívne/ poruchy učenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bývanie/ sociálna oblasť	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fyzické problémy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pracovné/ akademické	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poruchy príjmu potravy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Organické poškodenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Závislosť	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Iné:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Príloha č. 6

BT a EoT CLIENT

-dotazník pre pacienta na začiatku a na konci liečby

Kód pacienta- ID:	SK_ _ _ _
Dátum administrácie – časť1:	
Dátum administrácie – časť2:	

ČASŤ 1

Prosím, vyplňte túto (ľavú) časť pred začiatkom liečby. Voľné políčka na pravej strane nechajte voľné, budete ich vyplňať na konci liečby.

HLAVNÉ ŤAŽKOSTI
Popíšte maximálne štyri ťažkosti, s ktorými dúfate, že Vám liečba pomôže.
1.
2.
3.
4.

Túto časť
vyplňte až na
konci liečby



→

→

→

→

Formulár na konci liečby

Kód pacienta:		Plánovaný počet týždňov:	
Začiatok liečby:		Počet ukončených týždňov:	
Koniec liečby:		Počet chýbajúcich týždňov:	

Aký smer terapie absolvoval pacient? (Zaškrtnite všetky vhodné odpovede)

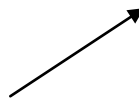
psychodynamická	<input type="checkbox"/>	integratívna	<input type="checkbox"/>	stemická	<input type="checkbox"/>
KBT	<input type="checkbox"/>	podporná	<input type="checkbox"/>	estalt	<input type="checkbox"/>
PCA	<input type="checkbox"/>	arteterapia	<input type="checkbox"/>	á:	<input type="checkbox"/>

Aká bola frekvencia terapie? (Vyberte najčastejší druh)

raz týždenne	<input type="checkbox"/>	4-5krát týždenne	<input type="checkbox"/>
2-3 razy týždenne	<input type="checkbox"/>	bez pravidelnosti	<input type="checkbox"/>

Aký druh terapie absolvoval pacient? (Zaškrtnite všetky vhodné odpovede)

individuálna	<input type="checkbox"/>
párová	<input type="checkbox"/>
rodinná	<input type="checkbox"/>
skupinová	<input type="checkbox"/>



Kontextuálne faktory

(Označte)

	Slabý/á	Priemerná/ý	Dobrá/ý
motivácia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pracovná aliancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychologický náhľad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Čo z nižšie uvedeného najlepšie opisuje koniec liečby?

neplánovaný	<input type="checkbox"/>	plánovaný	<input type="checkbox"/>
disciplinárne prepustenie	<input type="checkbox"/>	od začiatku stanovený termín ukončenia	<input type="checkbox"/>
pacient nechcel pokračovať	<input type="checkbox"/>	dohodnuté v priebehu liečby	<input type="checkbox"/>
iný dôvod:	<input type="checkbox"/>	iný dôvod:	<input type="checkbox"/>

Prínos terapie (Označte)

	Nastalo zlepšenie?				Nastalo zlepšenie?		
osobný vhlad/ porozumenie	áno	nie	nebolo adresované	kontrola/ plánovanie/ rozhodovanie	áno	nie	nebolo adresované
vyjadrenie pocitov/ problémov	áno	nie	nebolo adresované	subjektívna pohoda	áno	nie	nebolo adresované
explorácia pocitov/ problémov	áno	nie	nebolo adresované	symptómy	áno	nie	nebolo adresované
stratégie zvládania/ techniky	áno	nie	nebolo adresované	každodenné fungovanie	áno	nie	nebolo adresované
prístup k praktickej pomoci	áno	nie	nebolo adresované	osobné vzťahy	áno	nie	nebolo adresované

RCQ- DOTAZNÍK PRIPRAVENOSTI K ZMENE

Tento dotazník je zameraný na zistenie toho, ako sa vnímate v súvislosti s pitím alkoholu. Prosím, prečítajte si pozorne nasledujúce výroky a potom sa rozhodnite, či s nimi súhlasíte alebo nesúhlasíte. Označte krížikom jednu odpoveď ku každému výroku.

	Silne nesúhlasím	Nesúhlasím	Neviem	Súhlasím	Silne súhlasím
1. Aktívne pracujem na svojich problémoch s pitím.					
2. Užívam si, keď pijem, ale niekedy pijem príliš veľa.					
3. Na mojom pití nie je nič zlé.					
4. Niekedy si myslím, že by som mal/a svoje pitie obmedziť alebo s ním skončiť.					
5. Hoci kto môže rozprávať o tom, že by chcel zmeniť niečo na svojom pití, ale ja aj pre to skutočne niečo robím.					
6. Pijem celkom normálne.					
7. Moje pitie je niekedy problém.					
8. Práve teraz sa snažím meniť svoje zvyky ohľadom pitia.					
9. Začal/a som pracovať na pláne k obmedzeniu alebo zastaveniu pitia.					
10. Nie je nič, čo by som na svojom pití naozaj potreboval/a zmeniť.					
11. Niekedy premýšľam, či moje pitie nie je mimo kontrolu.					
12. Aktívne pracujem na mojom probléme s pitím.					

	PC
	C
	PC
	C
	A
	PC
	C
	A
	A
	PC
	C
	A

Tu nič nepisovať.

Príloha č.7

SCL-90

(Derogatis - Lipman - Covi, 1973)

pohlavie: muž žena

vek: rokov

Inštrukcia: Zakrúžkujte prosím, do akej miery vás v posledných siedmich dňoch vrátane dneška obťažujú alebo sa u vás vyskytujú príznaky, vyjadrené otázkami dotazníka podľa stupnice:

0 - vôbec nie 1 - trochu 2 - stredne 3 - dosť silne 4 - veľmi silne

1. Bolesti hlavy	0	1	2	3	4
2. Nervozita, vnútorný nepokoj alebo rozochvenie	0	1	2	3	4
3. Nechcené, neprijemné myšlienky, slová alebo nápady, ktorých sa nemôžete zbaviť	0	1	2	3	4
4. Pocity na omdlenie alebo závrate	0	1	2	3	4
5. Strata sexuálneho záujmu alebo uspokojenia	0	1	2	3	4
6. Pociť, že vás druhí kritizujú	0	1	2	3	4
7. Pomyslenie, že niekto iný môže ovládať vaše myšlienky	0	1	2	3	4
8. Pociť, že druhí majú vinu na väčšine vašich ťažkostí	0	1	2	3	4
9. Strach, že si niečo nezapamätáte, alebo v prípade potreby si na to okamžite nespomeniete	0	1	2	3	4
10. Neznášanie povrchnosti, nedbalosti a neporiadnosti	0	1	2	3	4
11. Dať sa ľahko znepokojiť alebo podráždiť	0	1	2	3	4
12. Bolesti pri srdci alebo na hrudníku	0	1	2	3	4
13. Pocity strachu z otvorených priestranstiev (široké ulice, parky, polia ...)	0	1	2	3	4
14. Pociť, že máte málo energie, alebo ste spomalený	0	1	2	3	4
15. Myšlienky na ukončenie svojho života	0	1	2	3	4
16. Počutie hlasov, zvukov a pod., ktoré iní nepočujú	0	1	2	3	4
17. Tras, svalové chvenie v rukách, nohách	0	1	2	3	4
18. Pociť, že väčšine ľudí sa nedá veriť	0	1	2	3	4
19. Zlá chuť do jedla	0	1	2	3	4
20. Mať blízko k plaču, ľahko sa rozplakať	0	1	2	3	4
21. Cítiť sa plachý/á, hanblivý/á, nesvoj/a vo vzťahu k opačnému pohlaviu	0	1	2	3	4
22. Pociť akoby ste boli chytený/á do pasce, zaskočený/á, pristihnutý/á pri niečom nedovolenom a pod.	0	1	2	3	4
23. Náhle a bezdôvodné stavy vyplašenosti, zdesenia, paniky	0	1	2	3	4
24. Náhle a bezdôvodné výbuchy nálad, ktoré nemôžete ovládať	0	1	2	3	4
25. Obavy, strach vychádzať z domu	0	1	2	3	4
26. Sebaobviňovanie	0	1	2	3	4
27. Bolesti v krížoch alebo inde v chrbtici	0	1	2	3	4
28. Pociť, že vám niečo bráni dostať sa z miesta (ukončiť prácu a pod.)	0	1	2	3	4
29. Pociť osamelosti, opustenosti	0	1	2	3	4
30. Skľúčenosť, skleslosť, pociť beznádeje, smutná nálada	0	1	2	3	4
31. Pripúšťať si nadmerné starosti	0	1	2	3	4
32. Pociť, že nemáte o nič záujem	0	1	2	3	4
33. Neurčité pocity úzkosti a strachu	0	1	2	3	4
34. Ľahká zraniteľnosť citov	0	1	2	3	4
35. Pociť, že druhí čítajú a poznajú vaše tajné myšlienky	0	1	2	3	4
36. Pociť, že vám druhí nerozumejú, alebo s vami nesúcitia	0	1	2	3	4
37. Pociť, že sú k vám ľudia nepriateľskí, alebo vás nemajú radi	0	1	2	3	4
38. Nutnosť robiť všetko veľmi pomaly pre zabezpečenie správnosti	0	1	2	3	4
39. Búšenie srdca alebo zrýchlený tep	0	1	2	3	4
40. Návaly na zvracanie alebo nevoľnosť od žalúdka	0	1	2	3	4
41. Pociť menejcennosti voči druhým	0	1	2	3	4
42. Bolesti svalov	0	1	2	3	4
43. Pociť, že sa druhí dívajú, sledujú vás alebo o vás rozprávajú	0	1	2	3	4
44. Problémy so zaspávaním	0	1	2	3	4

Príloha č. 8

ID: SK_ _ _ _

SOCRATES 8A

Inštrukcia: Prosím, prečítajte si pozorne nasledujúce výroky. Každý popisuje spôsob ako sa môžete cítiť v súvislosti s Vaším pitím. Pri každom výroku zakrúžkujte jedno číslo od 1 do 5, podľa toho do akej miery s ním teraz súhlasíte alebo nesúhlasíte. Prosím, pre každý výrok zakrúžkujte len jedno číslo. Nevynechajte žiadnu odpoveď.

	NIE! Úplne nesúhlasím	Nie Nesúhlasím	? Neviem, nie som si istý	Áno Súhlasím	ÁNO! Úplne súhlasím	
1. Chcem naozaj svoje pitie zmeniť.	1	2	3	4	5	
2. Niekedy premýšľam, či nie som alkoholik/alkoholička.	1	2	3	4	5	
3. Ak čím skôr niečo so svojom pitím nespravím, moje problémy sa ešte zhoršia.	1	2	3	4	5	
4. Už som začal/a robiť nejaké zmeny ohľadom svojho pitia.	1	2	3	4	5	
5. Istú dobu som pil/a príliš veľa, ale podarilo sa mi to zmeniť.	1	2	3	4	5	
6. Niekedy premýšľam, či mojím pitím niekomu neublížujem.	1	2	3	4	5	
7. Moje pitie je problémové.	1	2	3	4	5	
8. Nielen, že premýšľam o zmene v mojom pití, ale už aj niečo preto robím.	1	2	3	4	5	
9. Už som zmenil/a svoje návyky v pití a hľadám spôsoby, ktoré by mi pomohli, aby som nespadol/la do starých kofaj.	1	2	3	4	5	
10. Mám vážne problémy s pitím.	1	2	3	4	5	
11. Niekedy premýšľam, či mám pitie alkoholu pod kontrolou.	1	2	3	4	5	
12. Moje pitie mi spôsobuje veľa problémov.	1	2	3	4	5	
13. Aktívne podnikám kroky, aby som obmedzil/a svoje pitie alebo úplne prestal/a piť.	1	2	3	4	5	
14. Chcel/a by som pomôcť, aby som opäť neskĺzol/la k problémom s pitím, ktoré som mal/a predtým.	1	2	3	4	5	
15. Viem, že mám problém s pitím.	1	2	3	4	5	
16. Niekedy premýšľam, či nepijem príliš veľa.	1	2	3	4	5	
17. Som alkoholik/alkoholička.	1	2	3	4	5	
18. Veľmi sa snažím, aby som upravil/a svoje pitie.	1	2	3	4	5	
19. Urobil/a som niekoľko zmien v mojom pití a potreboval/a by som nejakú pomoc, aby som sa nevrátil/a k tomu, ako som pil/a predtým.	1	2	3	4	5	